

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**ESTIMACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
SUJETOS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA Y SU RELACION CON FACTORES
SOCIODEMOGRAFICOS. CARTAGENA. 2011-2012**

**Por
JAFIZA JOHANNA ALVIS CANABAL**

**Tesis para optar por el grado de “Magíster de la Universidad del Norte en
Salud Pública”**

Febrero, 2014



**ESTIMACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
SUJETOS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA Y SU RELACION CON FACTORES
SOCIODEMOGRAFICOS. CARTAGENA. 2011-2012**

Jafiza Johanna Alvis Canabal
Estudiante de IV Semestre Maestría en Salud Pública
Rafael Tuesca Molina
Director: Trabajo de Grado

FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE POSTGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE
BARRANQUILLA
2014





El Dr. Rafael Tuesca Molina, coordinador y docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

Informa:

Que el trabajo titulado: **“ESTIMACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN SUJETOS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA Y SU RELACION CON FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS. CARTAGENA. 2011-2012”**, ha sido realizado bajo mi tutoría y dirección por la candidata a Magíster en Salud Pública: **Jafiza Johanna Alvis Canabal**, considerando que este trabajo reúne las condiciones exigibles para ser sustentado y optar al grado de Magíster.

Rafael Tuesca Molina
Maestría en Salud Pública

Barranquilla, mayo de 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios por amarme y bendecirme todos los días y en especial por siempre permitir que cada uno de mis sueños y proyectos se haya dado tal como hace quince años me los plantee, ser bacterióloga y uno de mi más grandes sueños, como es el de realizar mis estudios de Magíster en Salud Pública. A tan corta edad lograrlo me da mucha felicidad, satisfacción personal y profesional.

A mi mama mama y a mi mama-tía por siempre apoyarme en cada uno de mis sueños y por siempre tratar de darme lo mejor.

A mi hermanito que siempre está ahí para mí y que es mi mayor amor y orgullo.

A mi padre Cesar por todo su apoyo incondicional y por compartir cada uno de mis logros y en especial porque día a día se siente muy orgulloso de todos los éxitos profesionales que a Dios gracias he podido alcanzar.

Al Dr. TUESCA, docente, mentor y amigo, en especial a él por su apoyo incondicional, por contribuir a mi crecimiento en este proceso tan hermoso y apasionante de la investigación que empezó a los 18 años; y que gracias a él siento que esa pasión y amor a crecido, además de enseñarme que el mejor camino es el de cuestionarnos el porqué y el para qué de las cosas.

Y por último e igual de importante y especiales... a mis amigos de maestría que han sido una de las bendiciones más grande y hermosa que Dios ha puesto en mí camino, Juandi, Lidis y Omar. Los amo y siempre los llevo en el corazón.

Gracias a todos y que Dios los bendiga siempre....

ABSTRACT

ESTIMATE OF THE QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND ITS RELATIONSHIP TO SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS. CARTAGENA. 2011-2012.

Objective. Estimate the quality of life related to health and its relationship with personal and family history of comorbidity of patients with angina type ischemic heart disease and acute myocardial infarction variables. **Methodology.** The SF-36 questionnaire was used and 219 subjects attending outpatient or who were hospitalized for acute myocardial infarction or angina in the General Clinical Organization North of Cartagena between January and June 2013 were included analysis was performed univariate, bivariate and multivariate analyzes to estimate the relationship of sociodemographic factors and the eight dimensions of quality of life related to health (QLRH). **Results.** The average age of the subjects was 57.5 ± 20.2 years and the largest proportion was represented by men. The best health perception comes in who report technical or technological studies (OR 21.6 [1.17 to 398.73] $p < 0.03$). The worst health perception related to age from 56 years onwards ($p < 0.05$) and those who are hospitalized (OR 0.15 [.03-.64] $p < 0.01$) adjusted for sex, age group, educational level, stratum, hospitalization, smoking, alcohol consumption, family history of diabetes and hypertension. **Conclusion.** The educational level has a variation in perception and the opposite effect is related to age, the older lower perceived quality of life possible given the deterioration and the fact of being hospitalized.

RESUMEN

ESTIMACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN SUJETOS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA Y SU RELACION CON FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS. CARTAGENA. 2011-2012

Objetivo. Estimar la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con variables sociodemográficas y antecedentes familiares de comorbilidad de pacientes con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio.

Metodología. Se utilizó el cuestionario SF-36 y se incluyeron 219 sujetos que asistieron a consulta externa o que se encontraban hospitalizados por infarto agudo de miocardio o angina en la Organización Clínica General del Norte de Cartagena de Indias entre Enero y Junio de 2013. Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado para estimar la relación de los factores sociodemográficos y las ocho dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS).

Resultados. La edad media de los sujetos fue $57,5 \pm 20,2$ años y la mayor proporción estaba representada por los hombres. La mejor percepción de salud se presenta en quienes refieren estudios técnicos o tecnológicos (OR 21,6 [1,17-398,73] $p < 0,03$). La peor percepción de salud se relaciona con la edad a partir de los 56 años en adelante ($p < 0,05$) y quienes se encuentran hospitalizados (OR 0,15 [0,03-0,64] $p < 0,01$) ajustados por sexo, edad en grupos, nivel educativo, estrato, hospitalización, hábito de fumar, consumo de alcohol, antecedentes familiares de diabetes e hipertensión. **Conclusión.** El nivel educativo ejerce una variación en la percepción y el efecto contrario está relacionado con la edad, a mayor edad menor percepción de la calidad de vida posiblemente dado por el deterioro y el hecho de estar hospitalizado.

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	13
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1.1 Naturaleza Del Problema.	13
1.1.2 Planteamiento o formulación del problema.	21
1.1.3 Justificación.....	22
1.2 OBJETIVOS	35
1.2.1 Objetivo General.	35
1.2.2 Objetivos Específicos.	35
1.3 PROPOSITO.....	37
1.4 MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	39
1.4.1 Investigaciones Previas.....	39
1.4.2 Orígenes de la Calidad de Vida.	42
1.4.3 Concepto Calidad de Vida.....	46
1.4.4 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS).	46
1.4.5 Determinantes Sociales de la Salud.....	58
1.4.6 Enfermedad Cardiovascular.	76
 2. METODOLOGIA	 86
2.1 DISEÑO	86
2.2 POBLACIÓN	86
2.3 MUESTRA.....	87
2.4 INSTRUMENTO.....	88
2.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	89
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	90
2.7 VARIABLES	91
2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	95
 3. RESULTADOS.....	 97
3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.....	97
3.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD Y ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA.....	98
3.3 ESTIMACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD-CVRS.	99
3.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN RELACIÓN A LOS	

	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE TIPO PROXIMAL SOCIO DEMOGRÁFICO.....	100
3.5	CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD Y SEDENTARISMO. 112	
3.6	CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA.....	112
3.7	ANÁLISIS BIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE TIPO PROXIMAL SOCIO DEMOGRÁFICO.....	121
3.8	ANÁLISIS BIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD.....	124
3.9	ANÁLISIS BIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA.....	124
3.10	ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE TIPO DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (PROXIMAL).	127
4.	DISCUSION	129
5.	CONCLUSIONES	134
6.	RECOMENDACIONES	136
7.	BIBLIOGRAFIA	137
8.	ANEXOS	155

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Estimación de calidad de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud global.**
- Tabla 2. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación al factor socio demográfico-Edad.**
- Tabla 3. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Sexo.**
- Tabla 4. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Régimen de Afiliación.**
- Tabla 5. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Nivel Educativo.**
- Tabla 6. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Estrato Socioeconómico.**
- Tabla 7. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Autoreconomiento o Grupo Étnico.**
- Tabla 8. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Ocupación.**
- Tabla 9. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Estado Civil y Área de Procedencia.**
- Tabla 10. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Unidad de Servicio de Atención y Tipo de Cardiopatía Isquémica.**

- Tabla 11. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes familiares de morbilidad y sedentarismo.**
- Tabla 12. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Fuma.**
- Tabla 13. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Grado de Tabaquismo.**
- Tabla 14. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Consumo de Tabaco.**
- Tabla 15. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Consumo de bebidas alcohólicas.**
- Tabla 16. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Tipo de ejercicio físico o actividad habitual.**
- Tabla 17. Análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud global y su relación con los factores sociodemográficos.**
- Tabla 18. Análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud global y su relación con los antecedentes familiares de morbilidad.**
- Tabla 19. Análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud global y su relación con los antecedentes personales de estilos de vida.**
- Tabla 20. Análisis multivariado de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con los determinantes sociales de la salud de tipo proximal sociodemográficos.**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Anexo 2. Encuesta (cuestionario SF-36)

Anexo 3. Consentimiento informado.

Anexo 4. Caracterización sociodemográfica de los sujetos.

Anexo 5. Caracterización sociodemográfica según antecedente familiar de morbilidad y sedentarismo.

Anexo 6. Caracterización sociodemográfica según antecedentes personales de estilos de vida.

Anexo 7. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Función Física.

Anexo 8. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Dolor.

Anexo 9. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada Con la salud-Salud General.

Anexo 10. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Vitalidad.

Anexo 11. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Función Social.

Anexo 12. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Rol Emocional.

Anexo 13. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud-Salud Mental.

Anexo 14. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Rol Físico.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema No. 1 modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead.

Esquema No. 2 Determinantes de las saludes señaladas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá.

Esquema No. 3 Modelo de la comisión de determinantes sociales de OMS.

Esquema No. 4 Formula para estimar el Grado de Tabaquismo.

Esquema No. 5 criterios para el cálculo de muestra de estudio descriptivos

1. INTRODUCCION

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Naturaleza Del Problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido manejando las medidas tradicionales tales como indicadores biológicos, anatómicos, clínicos y epidemiológicos, que se emplean para evaluar la definición de salud; sin embargo no han satisfecho todas las expectativas de los investigadores en cuanto a la percepción del concepto salud (1); a raíz de esto hoy día, se está tomando en auge la apreciación de las personas en cuanto a cómo se sienten y no a cómo debían sentirse, según el criterio de los profesionales sanitarios, por esto el componente subjetivo de los individuos, en lo relacionado con su apreciación en términos de salud y servicios sanitarios, alcanza una importancia relevante a tener en cuenta por las autoridades encargadas de tomar decisiones en la esfera de la salud pública. En estas circunstancias se incorpora un nuevo concepto: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que permite conocer la apreciación subjetiva del individuo en relación con su propia salud y no sólo cuánto le queda por vivir. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. (2).

Además la Organización Mundial de la Salud también se refiere a esta, como “la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural

y de valores que se vive en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, mediante análisis de las áreas (facetas): físico (dolor, malestar, reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte), y espiritualidad (religión, creencias personales, entre otras)". (4)

Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como "el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada". (5). De igual forma, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos. Aunque no hay un consenso en su definición, se han desarrollado diversos instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en diferentes patologías, entre ellas la cardiopatía isquémica. La importancia de la medición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en cardiopatía isquémica radica en la magnitud del problema de esta enfermedad en términos epidemiológicos y de asistencia sanitaria, así como en los aspectos psicológicos relacionados con ella y que se encuentran relacionados con los determinantes proximales de tipo sociodemográfico como la edad, nivel socioeconómico, aseguramiento, área de procedencia y que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta por los clínicos. (3)

Asimismo, la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional, desde la percepción del paciente, y que cada dimensión de la CVRS cambia con el tiempo, se han diseñado diversos instrumentos (cuestionarios) para establecer una aproximación a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); una de las patologías que ha mostrado un efecto fatal sobre la calidad de vida relacionada con la salud es la enfermedad coronaria, la cual es conocida actualmente como una enfermedad crónica que causa morbilidad incrementada y mortalidad temprana, y por lo tanto, considerándose como un problema de salud pública.

Por otra parte, estudios clínicos han mostrado que los pacientes con cardiopatías isquémicas, en general, padecen un deterioro a nivel de la función social, física y psicológica, por esto se han descrito varios factores determinantes, especialmente proximales de tipo sociodemográficos que influyen en la calidad de vida (CV) de dichos pacientes. Estos factores pueden disminuir las capacidades de los pacientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. (5); además los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) se constituyen en un impacto para la población general, considerándose uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con importantes repercusiones económicas y sociales, que influyen en los determinantes proximales especialmente de tipo sociodemográfico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta entidad con el paso de los años tomará características de epidemia en los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando la mortalidad, la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y, por consiguiente, los costos para los sistemas de salud. (9)

Además, la cardiopatía isquémica (CI) continúa siendo un importante problema de salud pública. En Europa por ejemplo, la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) ha estado aumentando hasta mediados de los años setenta. La imagen de

disminución o estabilización de las cifras puede llevar a la conclusión falsa de que se ha conseguido disminuir el impacto o carga que la cardiopatía isquémica está teniendo sobre la sociedad; sin embargo, los datos de mortalidad sólo reflejan una parte de la situación, que debe complementarse con información relativa a la morbilidad, debiendo tenerse en cuenta no sólo datos relativos al infarto agudo de miocardio (IAM), sino también del denominado síndrome coronario agudo (SCA) que ha creado una creciente demanda asistencial en los últimos años, como se constata por la evolución del número de altas hospitalarias con este diagnóstico. Aunque la incidencia de IAM en la población de 25-74 años pueda permanecer estable, esa creciente demanda asistencial podría venir motivada por dos razones. Por un lado, el aumento en la esperanza de vida y el descenso de la natalidad producen un envejecimiento progresivo de la población, que se traduce a su vez, en un aumento de la frecuencia de patologías crónicas como la cardiopatía isquémica (CI).

Por otro lado, esa mayor demanda asistencial podría ser también debida a la mayor incidencia de síndromes coronarios agudos recurrentes, consecuencia de la decreciente letalidad observada en los pacientes hospitalizados en las últimas dos décadas y relacionada con las mejoras terapéuticas. Teniendo en cuenta estas consideraciones, recientemente ha realizado una estimación del número de casos y de las tendencias de la cardiopatía isquémica en España entre 1997 y 2005. Aun manteniéndose la incidencia estable, se ha estimado que el número absoluto de casos de IAM aumentará un 2,28% anual en la población y las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo un 1,41% entre 1997 y 2005, datos que nos dan idea de la magnitud del problema.

Sin embargo, en los tres últimos decenios se ha intentado establecer de forma científica la influencia de aspectos como aislamiento social, tensión laboral, prolongación de la jornada laboral, capacidad de decisión, exigencia laboral, o

acontecimientos vitales en la aparición de enfermedades coronarias. También se han realizado estudios de prevalencia de factores psicológicos en cardiopatía isquémica (CI), así como el empleo de cuestionarios para medir salud mental en estos pacientes. Por tanto, la relación entre los factores psicológicos y la calidad de vida (CV) en pacientes con cardiopatía isquémica, ha sido evaluada desde distintos puntos de vista. Uno de los más actuales es el estudio de determinadas intervenciones sobre factores psicosociales y la rehabilitación cardíaca, la asociación entre trastornos psíquicos y enfermedad somática es un hecho bien documentado y, sin embargo, en la práctica, a menudo ignorado. En varios estudios se ha comprobado que la angina y los síntomas depresivos son prevalentes en pacientes con coronariopatías, estando fuertemente asociados con peor calidad de vida, y pudiendo ser modificados con un reconocimiento y tratamiento apropiado.

De igual forma, en algunos estudios se demuestra cómo los trastornos depresivos empeoran el pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica (CI), condicionando incluso un aumento de la mortalidad a largo plazo. Sin embargo, son contradictorios los resultados respecto a si la depresión puede considerarse un factor de riesgo independiente para la aparición de cardiopatía isquémica o enfermedades cardiovasculares. En este sentido, los resultados de un estudio de 40 años de seguimiento realizado con una cohorte de más de 100 pacientes varones, llegaron a poner de manifiesto que la depresión se comportaba como un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria en los varones. Más recientemente, Blumenthal y cols., analizan en un estudio de seguimiento el papel de la depresión como factor de riesgo de mortalidad después de la realización de cirugía de revascularización miocárdica, llegando a considerar la depresión como un predictor independiente de muerte. También en una revisión sistemática de reciente publicación realizada por Bunker y cols. Se pone de manifiesto que la depresión, el aislamiento social y los llamados episodios catastróficos de la vida se

asocian con el desarrollo de enfermedades coronarias. Así pues, la combinación de la magnitud del problema de la cardiopatía isquémica (CI) y del impacto de la enfermedad en la vida social, familiar y laboral del que la padece, junto a los factores psíquicos asociados a su evolución llevan a considerar la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en cardiopatía isquémica (CI) como un aspecto fundamental a tener en cuenta en la atención a estos pacientes. (3)

De igual forma, las enfermedades cardiovasculares se consolidan como una de las primeras causas de muerte en el mundo entero, en Colombia según el DANE muere por infarto agudo de miocardio en el año 2005, 24.081 personas de las cuales el 56,22% correspondiendo al Sexo Hombre y el 43,78% al Sexo Mujer. (6)

Asimismo, la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte a nivel mundial entre hombres y mujeres, y también la primera causa de incapacidad física, particularmente en ancianos. En Colombia, cerca de cinco personas presentan un evento coronario por hora, y al día ocurren 45 muertes relacionadas con enfermedad coronaria. La enfermedad isquémica del corazón aporta 30% de las causas de muerte y por lo menos la mitad de ésta corresponde a infarto agudo de miocardio. En los últimos 25 años la mortalidad atribuida a esta enfermedad se redujo en 47%, cifra ajustada a la edad. En Cartagena el infarto agudo de miocardio fue la segunda causa de muerte, con 331 defunciones en 2006; así pues, la combinación de la magnitud del problema del infarto agudo de miocardio y del impacto de la enfermedad en la vida social, familiar y laboral del que la padece, junto con los factores psíquicos asociados a su evolución, llevan a considerar la medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes post-infarto como un aspecto fundamental en la atención de los mismos.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que le permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan su estado general de bienestar; el concepto de calidad de vida se introdujo como un criterio más a considerar cuando se define el estado de salud de una persona, debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir la calidad de vida permitirá incorporar instrumentos en la evaluación integral de individuos. (7). Por esto, mediante la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha puesto de manifiesto que el estado de salud de los pacientes no siempre corresponde a los datos que proporcionan las medidas biológicas utilizadas habitualmente para su evaluación clínica y que los índices clásicos de actividad de la enfermedad no siempre son buenos predictores de su calidad de vida.

Además, la cardiopatía isquémica es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) siendo en su dimensión de condición física mermada por los signos y síntomas propios de la enfermedad y con frecuencia también por causas subyacentes a la cardiopatía isquémica, por ejemplo, angina de pecho. Si a todo esto se le suman las limitaciones en la dieta, las dificultades para realizar el trabajo habitual y para tener relaciones sexuales, la progresiva falta de autonomía, los efectos secundarios de los medicamentos y los ingresos hospitalarios recurrentes es fácil darse cuenta de que la calidad de vida de las personas que la padecen se ve deteriorada. Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) también ha demostrado ser un predictor útil de mortalidad y hospitalización lo que

la convierte en un instrumento de suma importancia a la hora de tomar decisiones terapéuticas individualizadas. (10)

Por otra parte, una de las definiciones más útiles de CVRS es la que Shumaker y Naughton: “La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”. Lo anterior muestra que los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia calidad de vida, e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones. Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena.

El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas, así pues debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud, ya que mediante la evaluación de la CVRS se ha puesto de manifiesto que el estado de salud de los pacientes no

siempre corresponde a los datos que proporcionan las medidas biológicas utilizadas habitualmente para su evaluación clínica y que los índices clásicos de actividad de la enfermedad no siempre son buenos predictores de su calidad de vida.

1.1.2 Planteamiento o formulación del problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1948 el término salud. Desde entonces, las medidas tradicionales (indicadores biológicos, anatómicos, clínicos o epidemiológicos) empleadas para evaluar este término, no han satisfecho todas las expectativas de los investigadores. En el siglo XXI, al menos en sus inicios, está tomando auge la apreciación de las personas en cuanto a cómo se sienten y no a cómo debían sentirse, según el criterio de los profesionales sanitarios. El componente subjetivo de los individuos, en lo relacionado con su apreciación en términos de salud y servicios sanitarios, alcanza una importancia relevante a tener en cuenta por las autoridades encargadas de tomar decisiones en la esfera de la salud pública.

En estas circunstancias se incorpora un nuevo concepto: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que permite conocer la apreciación subjetiva del individuo en relación con su propia salud y no sólo cuánto le queda por vivir. Numerosos instrumentos se han desarrollado para medirla. Entre estas se decidió estudiar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad coronaria ya que, continúa siendo la primera causa de mortalidad en todo el mundo.

Además, estimar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y los factores que influyen en ella, no sólo desde el punto de vista físico, sino también psíquico, puede aportar una información complementaria a la valoración clínica tradicional de estos pacientes.

(8) Además, debido a que las personas que padecen cardiopatía isquémica, se

convierte en un interés relevante, ya que el efecto sinérgico de esta condición sobre la calidad de vida relacionada con la salud, es marcado y evidente. En este contexto se planteó el siguiente interrogante:

¿Evaluar el efecto de la cardiopatía isquémica sobre la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con variables sociodemográficas y antecedentes familiares de comorbilidad de pacientes que acuden a la unidad de cardiología de la Organización Clínica General del Norte Cartagena 2011-2012?

1.1.3 Justificación. A nivel mundial la cardiopatía isquémica sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. El impacto epidemiológico y económico-social de la enfermedad coronaria es notable. En el año 1990 causó alrededor de 6,3 millones de muertes en todo el mundo. La cardiopatía isquémica castiga con más violencia a los países subdesarrollados, con un exceso relativo del 70% respecto de los países desarrollados (10); Igualmente, la carga de la cardiopatía isquémica es un problema muy preocupante en todo el mundo, tanto para los pacientes como para las instituciones de atención sanitaria. Las enfermedades circulatorias, incluyendo el infarto de miocardio (IM) y el accidente cerebrovascular, matan a un mayor número de personas que cualquier otra enfermedad. Esto representa 15 millones de muertes, es decir el 30% del total anual, todos los años; por ejemplo en los estados unidos, más de 13,5 millones de personas tienen antecedentes de infarto agudo de miocardio o presentan angina de pecho; en Australia, en 1994, las enfermedades cardiovasculares cuyo componente mayor es la cardiopatía isquémica, se declararon la causa primaria del 43,33% de todas las muertes y en Europa oriental está experimentando en la actualidad un número creciente de muertes por enfermedades cardiovasculares, en todos los grupos socioeconómicos, y la tasa de mortalidad excede la de Europa Occidental, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda; en Asia, también se observa un predominio creciente de este tipo de

patología, particularmente entre los grupos de profesionales, gerentes y directores de negocios y fábricas lo que muestra que la cardiopatía isquémica es la única causa principal de muerte en hombres y mujeres en el Reino Unido y dio cuenta de 238 muertes en una población de 100 000 habitantes en 1997 (aproximadamente 140 000 personas); de igual forma en países europeos como Escocia, Irlanda del Norte e Inglaterra y Gales se encuentran en los puestos tres, cinco y nueve de la lista de los primeros diez países, sobre 30 seleccionados por la Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) , con tasas de cuatro o cinco veces mayores que las de los países que se encuentran al final de la lista. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables de 108,2 millones de días de incapacidad certificada en hombres y mujeres en 1996/97, el 12% del total. Es probable que estas observaciones sean válidas para la población de otros países desarrollados. Lo anterior demuestra que la cardiopatía isquémica es un problema con grandes magnitudes y con consecuencias ilimitadas en la población a nivel mundial, y además que se presenta en todas poblaciones sin distinguir su estrato socioeconómico. (11)

Asimismo, la cardiopatía isquémica es una de las patologías más frecuentes y letales a la que se enfrentan los médicos en la práctica clínica, en población mayor de 40 años, el 1-2% la presenta y por encima de los 60-70 años, el 10% además es la enfermedad cardíaca cuya frecuencia está aumentando; Además, representa la tercera causa de muerte cardiovascular en España, de igual forma entre los varones, es causa del 4% de todas las defunciones y del 10% de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares; entre las mujeres, los porcentajes correspondientes fueron el 8 y el 18%. El incremento en la prevalencia y el pobre pronóstico de la cardiopatía isquémica han impulsado la investigación en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con esta enfermedad. Realmente, la cardiopatía isquémica es una de las principales

enfermedades crónicas que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Además, aunque en la cardiopatía isquémica, como en otras enfermedades crónicas, se han utilizado numerosos indicadores clínicos para monitorizar la evolución del estado funcional de los pacientes, los cambios en las percepciones de los pacientes sobre su estado de salud pueden no ser perceptibles para el clínico. Ello constituye otra razón por la que la (CVRS) declarada se utiliza cada vez más como fuente de información complementaria sobre el estado de salud del paciente o de los pacientes como grupo. De hecho, muchos pacientes que padecen algún tipo de cardiopatía isquémica sea infarto agudo de miocardio o angina de pecho conceden mayor importancia a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que a la duración de la vida, que está a su vez limitada por la cardiopatía isquémica; por ello, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un resultado importante en ensayos clínicos que evalúan intervenciones sanitarias dirigidas al control de esta patología.

Este tipo de enfermedad mantiene discapacitados a los pacientes, ya que realmente, los síntomas asociados a esta median una parte sustancial de su efecto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a su vez esta ha mostrado ser un predictor de re hospitalización entre pacientes con este tipo de patología(12); además está bien establecida la función de la dieta, la nutrición y la actividad física como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención, estando en aumento las enfermedades crónicas rápidamente en todo el mundo. Se ha calculado que, en 2001, las enfermedades crónicas causaron aproximadamente un 60% de total de 56,5 millones de defunciones notificadas en el mundo y un 46% de la carga mundial de morbilidad.

Se prevé que la proporción de la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles aumente a un 57% para 2020, es decir casi la mitad del total de las muertes por este tipo de patologías son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares, principalmente la cardiopatía isquémica; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, además se ha previsto que para 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones, y el 71% de las defunciones a causa de la cardiopatía isquémica, el 75% de las defunciones por accidentes cerebrovasculares y el 70% de las defunciones por diabetes ocurrirán en los países en desarrollo, además de seguir deteriorando la calidad de vida de las poblaciones que padecen estas enfermedades, por lo anterior es de suma importancia y relevancia estimar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, ya que además de ser una de las patologías que más causa muerte a nivel mundial, representa un grave problema de salud pública que está asociado también a los determinantes proximales de tipo sociodemográficos(16).

Lo anterior es importante, porque la cardiopatía isquémica en sus diferentes tipos, es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65, siendo los pacientes ancianos los que presentan más frecuentemente múltiples comorbilidades que pueden ocasionar limitaciones graves en sus actividades diarias, así como en su bienestar físico y mental y, consecuentemente, en su percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), por ello, es especialmente importante medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas mayores con cardiopatía isquémica, para esto se dispone de instrumentos genéricos y específicos para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con insuficiencia cardíaca, entre los instrumentos genéricos destaca, por su uso frecuente en el contexto de la cardiopatía isquémica el 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), cuya versión española se ha

utilizado anteriormente para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en ancianos y ha mostrado buena reproducibilidad y validez (12); igualmente, un estudio español concluyó que la calidad de vida está directamente relacionada con el apoyo emocional e instrumental y que una peor calidad de vida provoca entre otros efectos una baja reincorporación al trabajo y a las actividades diarias en pacientes que han sufrido infartos no complicados. Para ello se utilizaron, el cuestionario de calidad de vida para pacientes pos infartado como el SF-36 (13), todo demuestra la importancia de este problema y como se puede estimar las repercusiones que tiene sobre los determinantes proximales de tipo sociodemográfico en las poblaciones y a su vez representando un problema a nivel mundial.

Asimismo, en el área de la salud el concepto de calidad de vida surge de la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se refieren a la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad”. A partir de este concepto adquiere mayor relevancia cómo se siente el paciente y no tanto cómo cree el médico que debe sentirse según las medidas clínicas habitualmente utilizadas para evaluar resultados en salud, más concretamente, cuando los pacientes son tratados por patologías crónicas o enfermedades graves que amenazan la vida, el tratamiento debe ser evaluado en términos de si es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida tanto en aspectos sociales y psicológicos como en aspectos físicos.

Por otra parte, la salud es una condición necesaria pero insuficiente para la calidad de vida, y esto debido a que algunos autores refieren que estado de salud es la capacidad de funcionamiento físico y de realización de actividades cotidianas y la calidad de vida el grado de satisfacción con dichas actividades o con los aspectos más psicológicos y sociales unidos a la enfermedad y a su tratamiento,

por esto el objetivo primordial de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) consiste en proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria. También se confía en que esta información aportada ayude a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, ya que las medidas en la calidad de vida llevan consigo ampliar el espectro tradicional de los indicadores negativos de salud a otros elementos que valoran aspectos más subjetivos, centrados en el paciente y en su entorno (14).

Asimismo, la calidad de vida se ve afectada por la cardiopatía dado que reduce las expectativas de vida, sobrevida y la inminencia ante la muerte (15), de igual forma es importante estudiar la relación que existe entre los determinantes proximales de tipo sociodemográficos (sexo, edad, área de procedencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación, ocupación, autoreconocimiento, antecedentes familiares de morbilidad, antecedentes personales de estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad habitual o física) y unidad servicio de atención) y las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para así estimar la asociación que existen entre estas y los tipos de cardiopatía isquémica como infarto agudo de miocardio y angina. Todo esto debe realizarse teniendo en cuenta la importancia del contexto cultural y de valores en que se vive, así como la relación que tiene la calidad de vida con las expectativas del propio individuo: "Calidad de Vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Por tanto, no se debe olvidar que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la calidad de vida relacionada con la salud

(CVRS) o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar, que pueden ser agrupados en cuatro apartados:

- ✓ Estado físico y capacidad funcional.
- ✓ Estado psicológico y bienestar.
- ✓ Interacciones sociales.
- ✓ Estado económico y sus factores.

Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad. Su valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en medicina aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad; en cómo se siente el paciente, independientemente de los datos clínicos, pero que a la vez permiten una intervención teniendo en cuenta esas dimensiones que encierran la calidad de vida, y de esta manera intervenir no solo desde la parte asistencial sino incluyendo estas dimensiones que está comprobado están asociadas a la recuperación del paciente, todo esto teniendo en consideración que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cardiopatía isquémica es un concepto multidimensional, desde la percepción del paciente y que cada dimensión cambia con el tiempo(17).

De igual manera, en el campo de la salud se usa con mayor frecuencia, el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y resulta de gran interés para los profesionales sanitarios, porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales al explorar la percepción que tiene el paciente de su salud y del impacto de las intervenciones sanitarias con el

empleo de instrumentos sencillos y muy eficaces, sin requerimientos muy exigentes para su aplicación. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es útil para medir el impacto de las enfermedades crónicas, entre esas la cardiopatía isquémica principalmente de tipo infarto agudo de miocardio y angina, ya que las medidas clínicas tradicionales proporcionan información importante para los médicos, pero no para los pacientes, pues por lo general ofrecen una información muy pobre sobre las áreas que más interesan a estos. Dentro de ellas se incluyen su capacidad funcional y el sentimiento de bienestar, de forma tal que dos pacientes en el mismo estadio de una enfermedad pueden tener diferentes capacidades funcionales y sentimientos de bienestar; asimismo durante las últimas décadas, la prevención de las enfermedades que afectan al hombre ha constituido la meta de los sistemas de salud, a raíz de esto a nivel mundial los diferentes países enfrascados en alcanzar óptimos indicadores de salud para su población, han diseñado e implantado programas preventivos de diferentes alcances y profundidad, que en su mayoría, han devenido elementos que denotan el desarrollo alcanzado en sus niveles de salud y obviamente a mejorar la calidad de vida de la población, otra razón que demuestra la importancia de estudiar este tópico(18).

Asimismo, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica a nivel mundial ha adquirido gran relevancia en los últimos años con la finalidad de mejorar las prácticas sanitarias, actualizar los conocimientos de los profesionales y alcanzar los mejores resultados en salud, igualmente para la estimación de la calidad de vida relacionada con la salud existen diferentes instrumentos como SF-36 y NHP son los más utilizados en los estudios analizados para medir el impacto de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en distintas poblaciones de pacientes. Las medidas subjetivas de valoración de la CVRS empleadas en la práctica clínica constituyen un criterio complementario en la atención de los pacientes con enfermedades en las que los

indicadores de morbilidad no expresan completamente el impacto de la enfermedad en el individuo y la sociedad. A pesar de lo anterior, existen dimensiones no recogidas en los cuestionarios existentes, por lo que se deben perfeccionar y completar en el futuro. (17)

En Colombia, la cardiopatía isquémica, se presentan 45% de las muertes relacionadas con este tipo de patología, y por lo menos la mitad de ésta corresponde a infarto agudo de miocardio. En los últimos 25 años la mortalidad atribuida a esta enfermedad se redujo en 47%, cifra ajustada a la edad. En Cartagena el infarto agudo de miocardio fue la segunda causa de muerte, con 331 defunciones en 2006. Así pues, la combinación de la magnitud del problema del infarto agudo de miocardio y del impacto de la enfermedad en la vida social, familiar y laboral del que la padece, junto con los factores psíquicos asociados a su evolución, llevan a considerar la medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cardiopatía isquémica como un aspecto fundamental en la atención de los mismos (7).

Asimismo, a nivel nacional las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbilidad y de mortalidad, especialmente la cardiopatía isquémica a causa del infarto agudo de miocardio, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad en la población mayor de 45 años. En datos del año 2004, se reportaron 23.725 casos por 100.000, con una tasa de mortalidad de 254.1 por 100.000, mostrando así el riesgo de morbilidad por esta; además, la enfermedad coronaria en todas sus presentaciones clínicas ocasiona gran alteración en el desempeño físico, laboral, social y emocional. (19)

Además, el riesgo de padecer un segundo episodio puede comprometer aún más la calidad de vida y la probabilidad de morir. Se ha buscado avanzar en la prevención primaria y secundaria con el fin de controlar este impacto en la salud.

La disminución o control de los factores de riesgo y las intervenciones en la fase aguda del evento coronario han demostrado un gran cambio en la evolución de estas patologías, disminuyendo la probabilidad de eventos sucesivos y mejorando la sobrevida, a raíz de esto se han realizado en países occidentales y europeos estudios encaminados a la valoración del funcionamiento físico que es una de las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, el impacto que puede tener en la disminución de los factores de riesgo también ha demostrado beneficios en la calidad de Vida relacionada con la salud que se puede medir mediante la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Lo que demuestra que estimar la calidad de vida relacionada con los determinantes proximales de tipo sociodemográfico en pacientes con cardiopatía isquémica se hace necesario para ir más allá de la medicina asistencial, ya que está demostrado que factores del entorno y el medio de estos pacientes también intervienen en su calidad de vida.

(19)

Lo anterior demuestra que la cardiopatía isquémica representa un evento de interés en salud pública y que además realmente está asociado a la calidad de vida de las poblaciones que la padecen, además que es necesario seguir infiriendo sobre el tema para mejorar aquello que se llama calidad de vida.

Asimismo, a nivel regional se han realizado numerosos estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud, ya que investigadores de la costa atlántica consideran que la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es de gran interés por parte de la comunidad de investigadores, especialmente en la aplicación de cuestionarios de la familia del Short Form Health Survey (SF), que es un instrumento genérico muy completo que permite evaluar elementos que engloban la definición de salud: biopsicológico,

socioeconómica y cultural de manera dinámica y multidimensional. Por lo tanto, se estima que la medición de salud debe ir más allá de los usuales indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, dado que la salud es la resultante de la interacción de múltiples factores. (20)

También, hoy día en la valoración de la calidad de vida en los pacientes coronarios es una medida útil que permite valorar las expectativas de los pacientes, sobre todo en relación con una atención más personalizada, con el propósito de conseguir el objetivo de “añadir vida a los años en lugar de años a la vida”; por esto el profesional de enfermería pretende que los pacientes post infartados recuperen el máximo grado de autonomía alcanzable, para ello se adecúan planes de cuidados.

No sólo por los costos que genera el aumento de los días de hospitalización y las complicaciones propias de la patología, sino también porque como cuidadores se busca mantener el completo bienestar biopsicosocial del individuo y su familia, además las repercusiones del infarto agudo de miocardio en el funcionamiento cotidiano del sujeto dependen del tamaño de la zona afectada; es decir, de la cantidad de músculo cardíaco que ha dejado de funcionar aunque, normalmente, la parte de miocardio que queda sana permite que el corazón realice su función en forma adecuada, sin que se tenga que afectar el desarrollo de la actividad habitual de los pacientes, igualmente la medición de la calidad de vida de los pacientes tras un ingreso a la UCI y valorar el estado objetivo y subjetivo de salud es clave para reducir la dependencia y mejorar su pronóstico. Identificar subgrupos de pacientes desde su ingreso, con mayor afectación, facilita la planificación de las intervenciones más adecuadas a sus necesidades. (21)

Por su parte, el sector universitario fundamentalmente el de ciencias de la salud participa en investigaciones encaminadas a la estimación de la calidad de vida

relacionada con la salud, siendo este un nuevo auge e interés para los investigadores, demostrando así que las patologías van más allá del cuerpo o rol físico, también encierran dimensiones como la salud mental, vitalidad, rol social, entre otros que se encierran en esa palabra tan corta pero con mucho significado Calidad de Vida relacionada con salud (CVRS).

Sin embargo, es de notarse que del total de las defunciones registradas en el año 2009 en la ciudad de Cartagena de Indias, fueron las causas cardiovasculares las que ocuparon el grupo de más peso estadístico con 1030 (29.5%) defunciones, para una tasa de 11 x 10.000 Habitantes; siendo la principal causa las defunciones debidas Hipertensión esencial primaria con 462 casos (44.8%); seguida por los Infartos agudos de Miocardio con 323 (31.4%) defunciones; los Accidentes Cerebro Vasculares Hemorrágico o Isquémico registraron una frecuencia de 159 (15.4%) defunciones; por Insuficiencia cardiaca Congestiva se presentaron 51 (4.9%) defunciones; menor frecuencia presentaron la Fibrilación y Aleteo Auricular y la Arritmia Cardiaca con 4 (0.4%) y 2 (0.2%) respectivamente, lo que demuestra que realmente la cardiopatía isquémica, enfermedad crónica no transmisible representa un grave problema de salud pública en la ciudad de Cartagena por esto es conveniente realizar este estudio, además que permitirá visibilizar la calidad de vida que tienen los pacientes con este padecimiento que logran sobrevivir a este evento.(23)

Por otra parte, es pertinente realizar este estudio porque posibilita un espacio educativo sobre los determinantes sociales de la salud proximales de tipo sociodemográfico y su relación con las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica de tipo infarto agudo de miocardio (IAM) y angina, además un diagnóstico muy valioso para proponer lineamientos para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Además de posibilitar espacios de reflexión sobre el proceso salud-

enfermedad en torno a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, permitiendo sensibilizar a los actores hacia el empoderamiento de su realidad en salud, para que comprendan y participen en la toma de decisiones personales, políticas, sociales y económicas que contribuyan a mejorar sus vidas, y a fortalecer sus significados en torno a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cardiopatía isquémica.

De igual manera, este estudio se apoya en la articulación entre la docencia, la proyección social y la investigación y toma como eje central el área de salud pública, que es la práctica social que intenta interpretar y actuar sobre los colectivos humanos con miras a promover la salud, prevenir enfermedades, apoyar tratamiento y rehabilitación haciendo uso de los conocimientos, saberes, prácticas y tecnología disponibles. (22) Así mismo, este proyecto se apoya en información clínica y epidemiológica de los eventos crónicos no transmisibles entre esos la cardiopatía isquémica, y los determinantes sociales de la salud proximales de tipo sociodemográficos. Partiendo de este marco conceptual se pretende determinar los determinantes sociales de la salud proximal de tipo sociodemográfico y su relación con cada una de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes que padecen cardiopatía isquémica de tipo infarto agudo de miocardio y angina.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General. Estimar la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con variables sociodemográficas y antecedentes familiares de comorbilidad de pacientes con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio que acuden a consulta externa u hospitalización de la Organización Clínica General del Norte de Cartagena. 2011-2012.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en cada una de sus dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental).
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo con los variables sociodemográficas (sexo, edad, área de procedencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación, ocupación, autoreconocimiento, unidad servicio de atención y tipo de cardiopatía isquémica) de los pacientes con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo con los antecedentes familiares de morbilidad (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad y sedentarismo) asociados a cardiopatía isquémica.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo con los antecedentes personales de estilos de vida (consumo de tabaco, consumo

de alcohol y actividad habitual o tipo de ejercicio físico) relacionados con las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

1.3 PROPOSITO

Este estudio se realiza para estimar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cardiopatía isquémica y su relación con características de tipo sociodemográfico (sexo, edad, área de procedencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación, ocupación, autoreconocimiento, antecedentes familiares de morbilidad, antecedentes personales de estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad habitual o física) y unidad servicio de atención), los cuales permiten ser asociados con las dimensiones que encierran la calidad de vida, identificando los determinantes sociales de la salud proximal de tipo sociodemográficos que se ven relacionados a las dimensiones que encierra la calidad de vida como son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental.

La función física, el rol físico y el dolor corporal refleja el componente físico de la salud; la función social, el rol emocional y la salud mental recogen los aspectos psicosociales, los cuales, junto con la vitalidad y la salud general, dan una idea global de la salud subjetiva que se asocia tanto con los aspectos físicos como con los mentales, que corresponden al índice sumarial del componente físico y mental.

Todo esto va a tener un impacto local, puesto que la cardiopatía isquémica al constituir un problema de interés en salud pública a nivel mundial y local como en Cartagena, es necesario distribuir los recursos con que se cuentan, proponer estrategias de educación, e invertir en campañas eficaces desde diferentes puntos de acción como sensibilización a los profesionales de la salud en las diferentes dimensiones que encierra la calidad de vida relacionada con la salud, además realizando medición de calidad de vida relacionada con la salud mediante el instrumento genérico SF-36 en los pacientes con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina) y de acuerdo a los resultados se puede proporcionar

datos subjetivos y objetivos acerca de la existencia de beneficios y a qué nivel se presenten; y asimismo capacitarlos ya que está plenamente documentado, que realmente la calidad de vida de sus pacientes se encuentra disminuida o afectada por padecer cardiopatía isquémica independientemente del tipo que tenga. Estas actividades se deben implementar no solo para informar a los actores, sino para que desarrollen el empoderamiento en salud e involucrar a los entes territoriales en salud y otros sectores que se requieran. De igual forma, los resultados que se obtendrán con esta investigación serán divulgados a los directivos y profesionales de las entidades donde se realizara, así como a los sujetos objeto de estudio con el fin de que se hagan los ajustes pertinentes en cuanto a prestación de servicio.

1.4 MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

1.4.1 Investigaciones Previas.

Estudio realizado por Tuesca y colaboradores, se evaluó las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con algunos determinantes sociodemográficos en adolescentes escolarizados. Se utilizó una encuesta transversal realizada a 845 escolares de instituciones públicas y privadas de Barranquilla en el segundo semestre de 2007. Se empleó un interrogatorio estructurado que permitió identificar determinantes sociodemográficos y la calidad de vida relacionada con la salud medido con el Short Form Health Survey (SF-12) en español adaptado a nuestra región. La tabulación se realizó en SPSS, versión 15 en español. Del estudio se obtuvo los siguientes resultados: el nivel de participación de los encuestados fue del 98,81%. El 57,8% de los sujetos tienen de 14 a 15 años. La calidad de vida relacionada con la salud muestra diferencia principalmente de Sexo. Las mujeres presentaron mejor puntuación en: salud general $33,8 \pm 23,8$, rol emocional $64,9 \pm 42,9$ y vitalidad $76,6 \pm 23,2$. Los varones presentaron mejor puntuación en: función física, $86,16 \pm 25,9$; rol físico, $83,50 \pm 29,8$; función social $78,09 \pm 29,4$, e índice sumario mental $69,32 \pm 15,7$. (45)

En primera instancia resulta de apoyo para la presente investigación, porque se determinan las diferentes dimensiones que encierra la calidad de vida relacionada con la salud relacionada con los determinantes sociales de tipo sociodemográfico, además coinciden en la metodología utilizada para la realización del proyecto.

Otro estudio de apoyo para la presente investigación es el realizado por Alvaran y colaboradores realizaron estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de lupus

eritematoso sistémico, en este estudio se analizó, por un lado, los niveles de ansiedad, depresión, apoyo social, índice de actividad lúpica, fibromialgia, daño orgánico y renal, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y factores sociodemográficos en 78 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico; y analizar el efecto de estas variables sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Para el desarrollo de este se empleó como instrumentos: el cuestionario de Salud MOS SF-36, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD, el cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK, el Índice de Actividad Lúpica SLEDAI y el Índice de Daño Orgánico SLICC-ACR; y se consideró además el diagnóstico médico de Fibromialgia y de Nefropatía. Los resultados señalaron que factores fisiopatológicos (actividad lúpica y daño orgánico), psicológicos (ansiedad-depresión) y sociodemográficos (ocupación y estado civil) y la interacción entre estos afectan la calidad de vida a nivel mental más que físico en los pacientes con lupus. (46)

La similitud que tiene esta investigación con la actual radica en la realización de un mismo tipo de estudio, utilizando el mismo instrumento de medición para calidad de vida relacionada de la salud y además en el análisis de la relación de los determinantes sociodemográficos con las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

Por otra parte, el estudio realizado por Barrantes M, sobre factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus, en el cual se determinó los factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. Se utilizó el cuestionario (SF-36) y se incluyeron 70 pacientes diabéticos y 140 no diabéticos admitidos por un evento coronario agudo en la Unidad Coronaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre diciembre 2006 y diciembre 2007. Se realizó análisis multivariado para determinar los factores

asociados a los dos componentes sumarios de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y si la diabetes mellitus era un factor independiente. Como resultado se obtuvo que ambos grupos de estudio tuvieran, en general, similares características basales. En la estimación de la calidad de vida global, los pacientes diabéticos tuvieron índices significativamente menores de percepción solamente en el componente sumario físico. Se construyeron modelos de regresión lineal múltiple entre ambos componentes sumario de la CVRS y las variables de estudio, identificándose la edad avanzada, el Sexo Mujer y la diabetes mellitus como los principales factores asociados a la CVRS, además e concluyo que la edad, el Sexo, el sobrepeso y la obesidad, la hemoglobina glucosilada, la diabetes mellitus, el antecedente de enfermedad coronaria, las comorbilidades, el estado civil y el estrato socioeconómico son factores asociados a la CVRS en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. (47)

Esta investigación guarda estrecha relación con la presenta ya que se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, por otra parte la muestra fue seleccionada utilizando los mismos parámetros estadísticos, igualmente la población pertenece a un hospital, además se determinó los factores sociodemográficos en pacientes con cardiopatía relacionando estos determinantes a la calidad de vida relacionada con la salud, otra similitud es que los datos se recolectaron mediante el instrumento SF-36.

Algunos de estos proyectos se relacionan en varios aspectos con la investigación efectuada en cuanto al tipo de investigación observacional descriptivo transversal, la técnica de recolección de datos que es una encuesta estructurada correspondiente al instrumento SF-36, al tema de investigación, a la variable dependiente e independiente, a la fuente de información y al tipo de sujetos del estudio. Sin embargo, en cuanto a la investigación citada No.1 difiere en el instrumento utilizado, ya que en ella se implementó el SF-12.

1.4.2 Orígenes de la Calidad de Vida. Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI, asimismo anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. (24)

De igual forma, el Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud, estima que para el 2020 el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en las sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando. (24)

Por otra parte, está evidenciado que el concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano,

en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el IndexMedicus y en palabra clave en el sistema Medline, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80. (2)

Asimismo, en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica en 1994 en la Declaración de Uruguay en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia, “las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones”. En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otro soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar. (24)

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes,

lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la incorporación de la estimación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. (24)

Aportes a las Ciencias de la Salud el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. (24)

Asimismo, la aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes, esto se evidencia en el modelo biomédico tradicional que excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo entre esas las cardiopatías isquémicas, siendo así los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social.(24) Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida; si bien no existe acuerdo acerca de la definición del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la mayoría de los autores coinciden en que es un concepto subjetivo y multidimensional, por lo tanto, consideran que la salud no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores. El estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción subjetiva del individuo, que se

encuentra inmerso en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones. (25)

Asimismo, existen múltiples razones para aplicar el Indicador de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) entre los que se destaca la preocupación actual de las personas, a medida que se incrementa su esperanza de vida, pues no solo se trata de dar más años a la vida, , sino más vida a los años, como afirma la sabiduría popular; por todo esto el sector salud ha de dar su aporte desde distintos ángulos, para mejorar el Estado de Salud de la Población, el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, el papel de la economía en la salud, mediante todos aquellos aspectos que inciden en la calidad de vida relacionada con la salud, o sea del "efecto de los tratamientos o intervenciones sanitarias en el bienestar de los pacientes"; por ello resulta necesario medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que no es posible hacerlo con los indicadores clásicos de morbilidad y mortalidad, ya que el estimar la calidad de vida relacionada con la salud permite conocer como mejora o empeora la calidad de vida de las personas en relación con la salud, es decir aquellos pacientes con cardiopatías isquémicas ya sea por infarto agudo de miocardio y angina, lo que conlleva a realizar acciones que se dirijan a producir cambios positivos en la eficacia y eficiencia de las intervenciones médicas, mejorar decisiones clínicas, evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, estimar las necesidades de la población y conocer causas y consecuencias de las diferencias en el estado de salud entre individuos o grupos de personas. (26)

Asimismo, para estimar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es necesario operacionalizar el concepto, es decir se necesita formular decisiones operativas que se pueden medir, al tiempo que se respete la esencia que sería

reconocer este tipo de calidad. El origen de este concepto estaría en reconocer que la percepción del hombre sobre el actual.

1.4.3 Concepto Calidad de Vida. “Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las personas. Posee aspectos subjetivos y objetivos, es decir, es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico, y social. Incluye aspectos subjetivos de la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”. (27)

Asimismo, la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales (2).

1.4.4 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida relacionada con la salud la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores que se vive en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, mediante el análisis de (facetas): físico (dolor, malestar, reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen, y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad), actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo; relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual);

entorno (seguridad físico, entorno doméstico, recurso financiero, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte), y espiritualidad (religión, creencias personales). (3)

De igual forma, también se puede definir como un constructo independiente, definido como el componente de la calidad de vida general originado por las condiciones de atención en salud y las experiencias subjetivas de los pacientes (29). Asimismo, la calidad de vida relacionada con la salud resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales (2).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson la definen como “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud”.

Para Schumaker & Naughton “es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en

materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida.

El concepto de calidad de vida se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo. Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad. Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento).

Asimismo, hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena. La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Algunos críticos del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Sin embargo es frecuente que las investigaciones de CVRS dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores.

Pacientes asmáticos estudiados en distintas etapas de su enfermedad referían, independientemente del estadio de su enfermedad, que hechos como pasarlo bien

en la vida, experimentar el dar y recibir amor, tener una actitud positiva ante los sucesos de la vida cotidiana eran los factores que proporcionaban a la vida su más alto grado de calidad. Podría acordarse, por tanto, que es también tarea de la medicina optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psicosociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales. Observamos que la definición propuesta en 1993 deja de lado, al menos en forma explícita, la palabra “bienestar” como parte de la definición. Sin embargo, en la medida en que éste es un campo dinámico, de reciente desarrollo, comienzan a aparecer otros conceptos, no necesariamente compartidos por todos los investigadores, pero que tienen su anclaje en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”.

Por otra parte, es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Uno de los aspectos en que hay consenso es que las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) deben reflejar la percepción de las personas legas en la materia, incluidos los pacientes. Los métodos actuales de evaluación de Calidad de Vida en Relación a la Salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación (25).

Por otra parte, la calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de

valores culturales que coexisten en la sociedad. Asimismo, el uso de medidas de calidad de vida relacionadas con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión de tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que representen el estado de salud. (30)

De igual forma existen instrumentos para medir o evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ya que ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores, especialmente en la aplicación de cuestionarios de la familia del Short Form Health Survey (SF), que es un instrumento genérico muy completo que permite evaluar elementos que engloban la definición de salud: biopsicológico, socioeconómica y cultural de manera dinámica y multidimensional. Por lo tanto, se estima que la medición de salud debe ir más allá de los usuales indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida

Por otra parte las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) deben ser:

- Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensionales: Releva diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- Incluir sentimientos positivos y negativos.

- Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran. (25)

Teniendo en cuenta que se quiere estimar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual es el componente de la calidad de vida debido a las condiciones de salud de las personas y referido a partir de las experiencias subjetivas de ellas sobre su salud global. Es un concepto multidimensional que incluye los componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad, que para este caso son pacientes que padecen cardiopatías isquémicas

Igualmente, la calidad de vida relacionada con la salud toma cada día más relevancia en dos aspectos: ético, para tomar decisiones de los tratamientos médicos, tanto en el caso del consentimiento informado como en el de intervenciones para mantener la vida, y en el campo de los servicios de salud, para establecer prioridades y diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, usada como complemento de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida

Para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), existen instrumentos que se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros incluyen los puntajes globales, los perfiles de salud y las medidas de la utilidad; se emplean en diferentes tipos de enfermedades, pacientes o poblaciones y permiten comparar el impacto de las enfermedades, hacer análisis de costo-utilidad, obtener valores poblacionales de referencia y evaluar programas para asignar

recursos. Los específicos se usan en pacientes o poblaciones para evaluar síntomas, funciones o enfermedades.

Para la presente investigación se utilizara un instrumento de tipo genérico validado en español y en Colombia (se hicieron las adaptaciones semánticas) correspondiendo al cuestionario SF-36, el cual se caracteriza porque incluye 36 ítems agrupados en 8 escalas: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). (49)

1.6.4.1 Tipos de Instrumentos para medir la Calidad de vida: estos se clasifican en instrumentos genéricos e inespecíficos. Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones. (30)

- Instrumentos Específicos: contienen dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de una determinada patología que se requiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide, Parkinson (PDQ-39), con síntomas gastrointestinales, oncológicos, sometidos a radioterapia de cabeza y cuello, pacientes con diálisis, epilépticos, con insuficiencia respiratoria, en ancianos y con cardiopatías isquémicas. (30)

- Instrumentos Genéricos: no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia. Entre estos instrumentos, se encuentran: Perfil de las consecuencias de la enfermedad, Perfil de salud Nottingham y SF-36, los cuales aportan información descriptiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y al aplicar diferentes estrategias para interpretar la sumariaización global, a fin de caracterizar el perfil de salud global del sujeto.(30)

Asimismo, entre los genéricos se encuentra validado en español el cuestionario SF-36, desarrollado en Estados Unidos, pero avalado en Colombia, el cual incluye 36 ítems agrupados en 8 escalas:

- ✓ Salud General (SG)
- ✓ Salud Mental (SM)
- ✓ Función Física (FF)
- ✓ Rol Físico (RF)
- ✓ Vitalidad (VT)
- ✓ Dolor Corporal (DC)
- ✓ Rol Emocional (RE)
- ✓ Función Social (FS)

De igual forma, en el momento de elegir un determinado instrumento para la medición de la calidad de vida, se debe tener en cuenta una serie de características que orientarán acerca de la idoneidad de su aplicación en una situación o contexto definido. Según Donaban y colaboradores las características que definen un buen instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud son:

- ✓ Adecuado al problema de salud que pretende medir.
- ✓ Preciso, es decir, con un mínimo error de medida.
- ✓ Sensible, o capaz de detectar cambios tanto entre individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo.
- ✓ Basado en datos generados por los propios pacientes.
- ✓ Aceptable por pacientes, profesionales de la salud e investigadores.

Las escalas, como todos los instrumentos de medición, deben ser plenamente válidas y confiables, es decir, mostrar altos valores de validez y de confiabilidad. La validez alude a la capacidad del instrumento para medir el constructo que pretende cuantificar, y la confiabilidad, a la propiedad de demostrar resultados similares, libres de error, en repetidas mediciones. Se asume que las condiciones en las cuales se realiza la aplicación de la escala y del atributo investigado cuantificado se mantienen estables en el tiempo; no han cambiado. La confiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la validez de un instrumento.

Se realizó una revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre la versión española del cuestionario SF-36 de 79 artículos, de los cuales diecisiete describían las características métricas del cuestionario. En 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,7 (12). Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente α de Cronbach de cada escala a partir de todos los estudios, para cada una de éstas se utilizó el modelo de efectos aleatorios. Dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos, las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del meta-análisis de los coeficientes α de Cronbach fueron 0,9 para las escalas: función física, rol físico y rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7. El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad,

correlación moderada con indicadores clínicos y correlación alta con otros instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud.

En Colombia sólo se dispone de un estudio que informa las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en pacientes con dolor músculo-esquelético, depresión mayor y diabetes. En esta investigación la escala mostró una consistencia interna mayor de 0,70. Las correlaciones ítem-escala superaron 0,48 y no hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación. La fiabilidad inter-observador fue mayor de 0,80; el test-retest superó el 0,70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones.

En una revisión reciente sobre instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con infarto agudo de miocardio, se concluye que el instrumento SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, por las evidencias psicométricas que presenta. (31)

El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de catorce años, y tanto en estudios descriptivos como de evaluación; asimismo, en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. En la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la ordinalidad original esperada, alta equivalencia con los valores originales y

reproducibilidad aceptable, menor que la original, además debido a que en Colombia no hay publicaciones del SF-36, ni disponemos de otro instrumento validado de este tipo, el objetivo de la investigación fue adaptarlo culturalmente y valorar su consistencia interna y su fiabilidad ínter evaluador e intraevaluador en Medellín, Colombia. (31)

SF-36: el cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

- I. Función física: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- II. Rol Físico: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- III. Dolor Corporal: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
- IV. Salud General: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- V. Vitalidad: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- VI. Función Social: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- VII. Rol Emocional: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y otras actividades diarias, lo que incluye la

reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

- VIII. Salud Mental: mide la salud mental general, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de las conductas y el control emocional

De igual forma, SF-36 ha demostrado en estudios una buena discriminación y aporta suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez, y sensibilidad. Además, estos resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales. El tiempo para desarrollar este instrumento oscila entre 5 y 10 minutos en determinadas ocasiones. (30)

Asimismo, el SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Además, consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

- El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
- El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud.
- El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones mencionadas con anterioridad. Para la implementación del instrumento si es auto administrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas. (42).

1.4.5 Determinantes Sociales de la Salud. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los

recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (32)

Determinantes sociales de la salud: son factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. También se pueden definir los determinantes como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Comprenden los comportamientos y los Antecedentes personales de estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos Antecedentes personales de estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

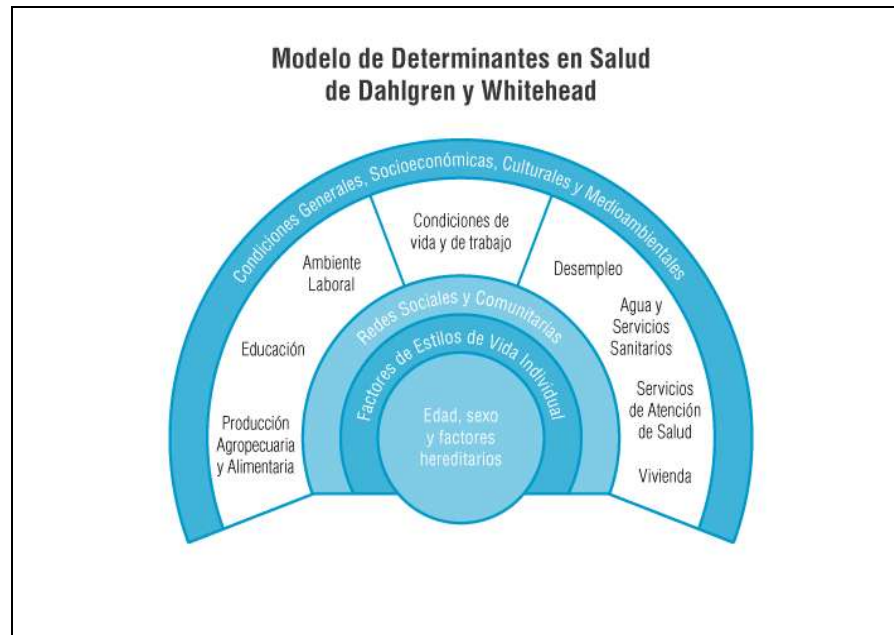
Son factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades. Por otro lado, hay fuertes indicios de que otros elementos como las condiciones de vida y de trabajo son crucialmente importantes para una población saludable. (58)

Según el modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales. Los individuos están en el centro del cuadro, dotados de edad, sexo y factores genéticos (factores proximales) que indudablemente influyen en su potencial final de salud. Yendo hacia el exterior del centro, la próxima capa representa conductas personales y Antecedentes personales de estilos de vida

(factores proximales). Las personas con carencias tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como tabaquismo y mala alimentación, y también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa. (58)

Estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Los indicadores de la organización de la comunidad registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, lo que a su vez, tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. En esta capa, las condiciones habitacionales más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente. Por sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto. Estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. (58) El modelo de vida alcanzado por una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica.

Este modelo de *Dahlgren y whitehead* se representa:



Esquema No. 1 modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead. (58)

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, o en la frase de Tarlov “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”. Los DSS apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud.

Se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de intervenciones. Como determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como “factores esenciales” que “fijan ciertos límites o ejercen

presiones”, aunque sin ser necesariamente “deterministas” en el sentido de “determinismo fatalista”. (58)

El concepto de DSS se originó en una serie de críticas publicada en la década de 1970 y principios de la de 1980, que resaltó las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermedad en los individuos, como se vio anteriormente. Se sostenía que el abordaje teórico y práctico de la salud requerían un enfoque en la población, dirigiendo la investigación y la acción política a las sociedades. Se debía reenfocar “río arriba” desde los factores de riesgo individual hacia los modelos sociales y estructurales que originan las oportunidades para ser saludable.

Propiedades de los determinantes sociales son:

- ✓ Cada factor es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, estos factores están interrelacionados.
- ✓ La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud.
- ✓ Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social.
- ✓ Son acumulativos.
- ✓ Son causales (directa o indirectamente) o protectores.
- ✓ Posiblemente actúen en ambos sentidos.

Estas propiedades se analizan de la siguiente forma:

Salud = Circunstancias sociales o socioeconómicas

La relación de determinación: En las relaciones entre categorías complejas como son las sociales, no puede hablarse de causa en el sentido convencional. Es

necesario hablar de explicaciones. Una explicación se puede vincular con un efecto (problema) a través de una relación de determinación. Un hecho (explicación) determina el espacio de lo posible de otro hecho (problema), como un bote que se encuentra anclado con una cuerda extensa, puede tener distintas ubicaciones (grados de libertad), siempre que no esté más allá de la distancia total de la cuerda. Diríamos, entonces, que la cuerda determina o marca el espacio de variedad de lo posible en cuanto a la ubicación del bote (vg. en una Universidad, el presupuesto determina el espacio de variedad de lo posible). Por su parte, el condicionamiento significa que un hecho le pone condiciones a la existencia o a la eficacia de otro. Vg. el nivel de los alumnos condiciona la eficacia de proceso educativo.

El espacio general representa la lógica general de la reproducción social, el espacio particular los modos y Antecedentes personales de estilos de vida personales y el singular los procesos genofenotípicos en el nivel individual entre lo macro (nivel general) y lo micro (nivel particular) existe una relación jerárquica de subsunción y autonomía relativa. Es decir que las explicaciones más estructurales o generales, suelen determinar el espacio de variedad de lo posible a las explicaciones más singulares y fenoménicas (subsunción); pero por otro lado, estas explicaciones tienen grados de libertad (concepto tomado de la química que se refiere a la existencia de valencias libres o ligaduras) que usan en parte para condicionar la eficacia de sus propias determinaciones. Es decir, las explicaciones más fenoménicas y singulares condicionan la eficacia de los hechos o explicaciones más generales que los determinan. (58)

Determinantes sociales de la salud actualmente reconocidos por la evidencia: el reconocimiento que los factores sociales y medioambientales influyen decididamente sobre la salud de las personas es antiguo. Las campañas sanitarias del siglo XIX y gran parte del trabajo de los fundadores de salud pública

moderna reflejaron la poderosa relación entre la posición social de personas, sus condiciones de vida y sus resultados de salud. En el siglo XX, varios países hicieron notables esfuerzos orientándose hacia las dimensiones sociales de salud en la década de 1990 y primeros años del 2000.

Determinantes de salud señalados por el Ministerio de Salud de Canadá: el Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud. Desde entonces, mucho se ha avanzado en la refinación y profundización desde este marco conceptual básico. En particular, existe importante evidencia de que otros factores diferentes de la Medicina y la atención de la salud (cuya contribución es limitada), son crucialmente importantes para tener una población sana. Actualmente son doce, pero esta lista puede evolucionar a medida que la investigación en salud de la población progrese. Forman parte de lo que se denomina “abordaje de salud de la población”, que considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivos -y sus interacciones- que han demostrado estar correlacionadas con el estado de salud. Comúnmente llamados “determinantes de salud”, estos factores incluyen:

- ✓ El ingreso y el estatus social
- ✓ Las redes de apoyo social
- ✓ La educación
- ✓ El empleo/las condiciones de trabajo
- ✓ Los ambientes sociales
- ✓ Los ambientes físicos
- ✓ La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse
- ✓ El desarrollo infantil saludable
- ✓ La biología y la dotación genética

- ✓ Los servicios de salud
- ✓ El género
- ✓ La cultura

Determinantes de salud señalados por la Organización Mundial de la Salud: en el año 2003, La OMS Regional Europa publicó la segunda edición de “Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes”, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot. Como establecen Marmot y Wilkinson, la política de salud alguna vez se pensó como muy poco más que la oferta y el financiamiento de la atención médica. Esto ha cambiado y los determinantes sociales de salud han dejado de ser discutidos sólo entre académicos.

“Mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejora el pronóstico en algunas enfermedades severas, más importante para la salud de la población en su conjunto son las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención médica. No obstante, el acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud”. La publicación no menciona a los genes, ya que considera que forman parte de la susceptibilidad individual, mientras que las causas de enfermedad que afectan las poblaciones son ambientales y cambian más rápidamente que los genes, reflejando la forma de vida del conjunto. Son las condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad, según se agruparon en las condiciones sociales que abarca:

- ✓ Gradiente social
- ✓ Estrés
- ✓ Infancia temprana

- ✓ Exclusión social
- ✓ Condiciones de trabajo
- ✓ Desempleo
- ✓ Apoyo social
- ✓ Adicciones
- ✓ Alimentación saludable
- ✓ Transporte

En el cuadro siguiente, se establece una comparación entre los determinantes establecidos por el Ministerio de Salud de Canadá y la Organización Mundial de la Salud. Posteriormente, se analizará cada uno de ellos, considerando en primer lugar los señalados por ambas instituciones, luego los del gobierno canadiense y por último los de OMS.



Esquema No. 2 Determinantes de las saludes señaladas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá. (58)

Características de los determinantes sociales de tipo proximal:

✓ Ingreso y estatus social- Gradiente social: el estatus Social se refiere a la posición social de una persona en relación con las otras, su importancia relativa. Afecta a la salud determinando el grado de control que la gente tiene sobre las circunstancias de la vida. Afecta su capacidad para actuar y hacer elecciones por sí mismos. La posición social alta y el ingreso, de algún modo actúan como un escudo contra la enfermedad. El gradiente social determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor, y mayor la frecuencia de enfermedad. Las personas de clase social baja corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto. Los efectos no están confinados a los pobres: el gradiente social en salud atraviesa toda la sociedad. Se debe a causas materiales y psicosociales.

Las personas que ganan los salarios más altos de la escala, son más saludables que las de ingresos medios. Las personas con ingresos medios, a su vez, son más saludables que las personas con ingresos bajos. Las personas más pobres viven menos y están enfermas con más frecuencia que las ricas. Esta disparidad se debe a la marcada sensibilidad de la salud al ambiente social. Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.

✓ Empleo y desempleo- Condiciones de trabajo: las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un trabajo más riesgoso o estresante. Los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son causa significativa de problemas de salud. La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar

habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular. Desempleo y subempleo están asociados con mala salud.

El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio y enfermedad coronaria en los que han estado desempleados por una cantidad significativa de tiempo; problemas emocionales de las esposas e hijos, especialmente en los adolescentes; recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo. Los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y los problemas financieros. La seguridad del trabajo aumenta salud, bienestar y satisfacción en el trabajo. La inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental (ansiedad y depresión), y enfermedad cardíaca. La inseguridad laboral continua actúa como un estresor crónico, cuyos efectos crecen con el tiempo de exposición.

✓ Redes sociales de apoyo: una red social de apoyo significa tener familia o amigos disponibles en tiempos de necesidad, creer que uno es valioso para apoyar cuando otros están con necesidad. El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado que parece actuar como buffer. Puede afectar: la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia. Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad.

Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, y de invalidez en las enfermedades crónicas. La cohesión social –definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones

mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad— ayuda a proteger a las personas y su salud. La pobreza contribuye a la exclusión social y el aislamiento.

✓ Desarrollo infantil saludable: el efecto de las experiencias prenatales y de la primera infancia sobre las futuras habilidades para cubrirse, y el bienestar es muy poderoso. Los niños nacidos en familias de bajos recursos son más propensos a tener bajo peso al nacer, comer menos alimentos nutritivos y tener dificultades sociales a lo largo de sus vidas. Las madres de cada peldaño en la escala de ingreso tienen bebés con pesos más altos, en promedio, que las del peldaño inferior. Desarrollo infantil saludable significa buena salud física, incluyendo buena nutrición, desarrollo físico, mental y social apropiado para la edad; capacidad de hacer conexiones sociales efectivas con otros; habilidades adaptativas incluyendo el manejo de estrés; control sobre las elecciones de la vida; sentimiento de pertenencia y autoestima. Las bases de la salud del adulto yacen en el tiempo anterior al nacimiento y en la primera infancia. El retardo en el crecimiento y el escaso apoyo emocional reducen las funciones físicas, cognitivas y emocionales en la escuela y la edad adulta. El desarrollo fetal escaso es un riesgo para la salud en la vida posterior. El retardo del crecimiento físico en la infancia está asociado con desarrollo y función reducidos a nivel cardiovascular, respiratorio, pancreático y renal.

✓ Educación: en promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

- ✓ Ambiente físico: el ambiente físico afecta la salud directamente en el corto plazo e indirectamente en el largo plazo. Una buena salud requiere acceso a buena calidad del agua, aire y alimentos. En el largo plazo, si la economía crece degradando el medio ambiente y vaciando los recursos naturales, la salud humana se deteriorará. Mejorar la salud de la población requiere un medio ambiente sustentable. Los factores del ambiente construido por el hombre como el tipo de vivienda, la seguridad en las comunidades y lugares de trabajo y el diseño vial, son también importantes.
- ✓ Ambiente social: el orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.
- ✓ Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse: la práctica de salud personal comprende las decisiones individuales (conductas) de la gente que afectan su salud directamente: fumar, elecciones dietarias, actividad física. Las habilidades para cubrirse son las maneras en que se enfrenta una situación o problema. Son los recursos internos que la gente tiene para: prevenir la enfermedad, incrementar la auto-confianza y manejar las influencias externas y las presiones.
- ✓ Biología y dotación genética: la biología básica y la matriz orgánica del cuerpo humano son determinantes fundamentales de la salud. La dotación genética predispone para un amplio rango de respuestas individuales que afectan el estado de salud. Aunque el estatus socio-económico y los factores ambientales

son importantes determinantes de la salud global, en algunas circunstancias la dotación genética predispone a enfermedades particulares o problemas de salud.

✓ Servicios de salud: los servicios de salud, especialmente aquellos diseñados para promover y mantener la salud, para prevenir la enfermedad, y restaurar la salud y la función, contribuyen a la salud de la población. El continuo de servicios de atención de la salud incluye la prevención secundaria y terciaria.

✓ Género: el género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

✓ Cultura: cultura y etnia son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos. Son importantes para determinar: el modo en que la gente interactúa con el sistema de salud, su participación en programas de prevención y promoción, el acceso a la información de salud, las elecciones de Antecedentes personales de estilos de vida saludables, la comprensión del proceso salud-enfermedad.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.

✓ Estrés: las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social,

mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura.

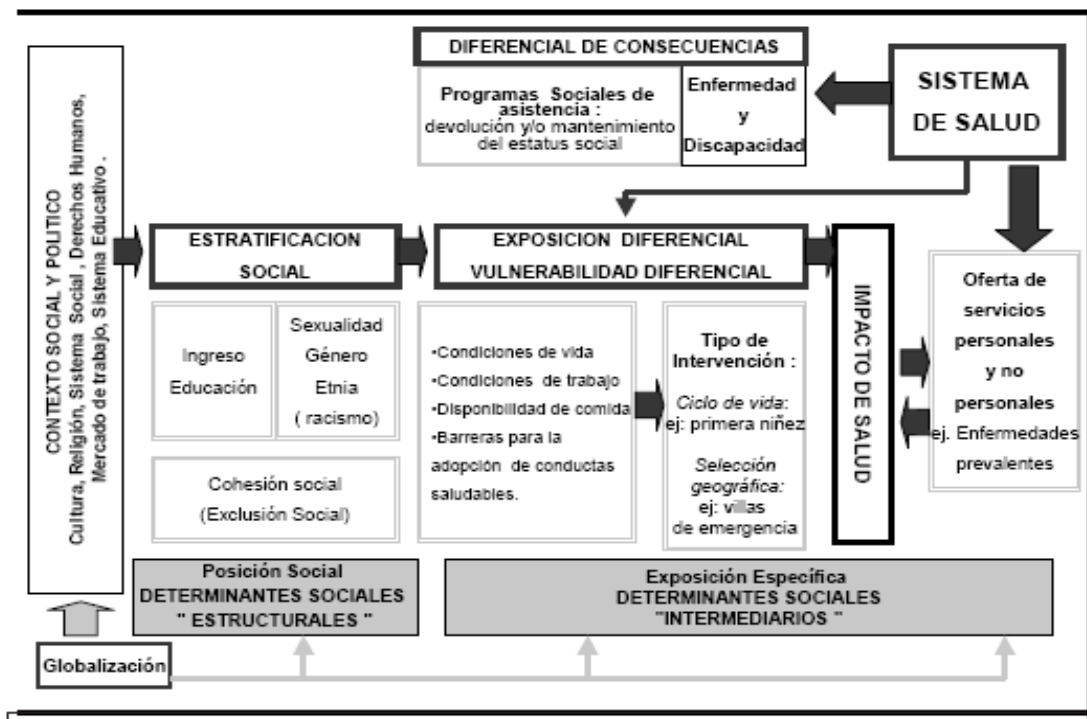
✓ Exclusión social: “La vida es corta cuando es de mala calidad”. La pobreza absoluta es la falta de las necesidades materiales de la vida (vg. desempleados, grupos étnicos minoritarios, obreros golondrina). La pobreza relativa comprende a los que perciben menos de 60% del ingreso medio nacional (no acceden al albergue decente, la educación y el transporte). La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.

✓ Adicciones: os individuos se vuelcan al alcohol, las drogas y el tabaco y padecen por su uso, pero el uso está influenciado por el escenario social más amplio. Es una ruta causal en ambos sentidos: las personas se vuelcan al alcohol para mitigar el dolor por las condiciones económicas y sociales, y la dependencia lleva a la movilidad social descendente. La carencia social –medida por vivienda pobre, bajo ingreso, desempleo o sin techo– está asociada con altas tasas de tabaquismo y bajas tasas de abandono del hábito. El tabaquismo es un drenaje mayor de los ingresos de las personas pobres y una causa mayor de mala salud y muerte prematura.

✓ Alimentación saludable: en tanto las fuerzas del mercado global controlan la provisión de alimentos, la alimentación saludable es un problema político. Las condiciones sociales y económicas resultan en un gradiente social de la calidad de la dieta que contribuye a las desigualdades en salud. La diferencia dietética principal entre las clases sociales es la fuente de los nutrientes.

✓ Transporte: transporte saludable significa conducir menos vehículos, caminar más y andar en bicicleta, apoyado por un mejor transporte público. Andar en bicicleta, caminar, y utilizar el transporte público, promueven la salud de cuatro maneras: proporcionan ejercicio físico; reducen los accidentes fatales; aumentan el contacto social; reducen la contaminación atmosférica. (58)

Los modelos de la determinación social de la salud: Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política. Se decidió tener en cuenta el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Esquema No. 3 Modelo de la comisión de determinantes sociales de OMS (58)

Lo anterior se explica de la siguiente manera:

- a. Contexto socio-político: al leer el cuadro de izquierda a derecha, vemos el contexto social y político (incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos) dando lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales. “El contexto” abarca un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero que ejerce una influencia formativa poderosa en los modelos de estratificación social y en las oportunidades de salud de los individuos. En general la construcción/mapeo del contexto debe incluir por lo menos cuatro puntos: los sistemas y procesos políticos, incluyendo la definición de las necesidades, las políticas públicas existentes sobre los determinantes, los modelos de discriminación, la participación de la sociedad civil, la responsabilidad/transparencia en la administración pública; la política macroeconómica incluyendo las políticas fiscal y monetaria, la balanza de pagos y de comercio; las políticas que afectan factores como trabajo, tierra y distribución de la vivienda; y la política pública en las áreas tales como educación, bienestar social, atención médica, agua y saneamiento.

A esto se debe agregar una evaluación del valor social de la salud. El valor de la salud y el grado en que la salud se percibe como una preocupación social colectiva, difiere grandemente en los contextos regionales y nacionales.

- b. Determinantes sociales estructurales e intermedios: los Determinantes Estructurales de salud o determinantes sociales de inequidad de salud son aquéllos que generan la estratificación social. Configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Éstos incluyen los factores tradicionales ingreso y educación. Actualmente también se reconocen género,

etnicidad y sexualidad como estratificadores sociales. Un punto central es la cohesión social relacionada con el capital social.

Hacia la derecha, observamos cómo estas posiciones socio-económicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual, reflejando la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. Los Determinantes Intermedios fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar Antecedentes personales de estilos de vida saludables. El modelo muestra que la posición socio-económica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de determinantes más específicos, intermediarios. El agrupamiento de la población relevante para el análisis y la acción sobre determinantes intermedios puede ser definido de varias maneras. Introducimos dos ejemplos de grupos seleccionados: el primero por mayor vulnerabilidad (los niños) y, el segundo por la geografía (los habitantes de la villa).

El propio sistema de salud también debe entenderse como un determinante intermedio. El papel del sistema de salud se hace relevante a través del problema del acceso, que incorpora diferencias en la exposición y la vulnerabilidad. Esto se relaciona con los modelos para la organización de la oferta de servicios. El sistema de salud puede orientarse directamente a las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no sólo mejorando el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud. Los ejemplos incluirían la suplementación alimentaria a través del sistema de salud. Otro aspecto de gran importancia es el papel que el sistema de salud juega mediando en el diferencial de consecuencias de la enfermedad. Las

personas que tienen mala salud, descienden más frecuentemente en la escala social que las personas saludables. Esto implica que el sistema de salud puede verse por sí mismo como un social determinante de salud. (58)

1.4.6 Enfermedad Cardiovascular. Es la causa más común de muerte en el mundo, ocasiona el 30% de muertes en el mundo entero, que está conformado por la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca congestiva y la enfermedad cardíaca isquémica, siendo esta última el 13% del grupo.

Se produce la enfermedad cardíaca isquémica cuando hay un desequilibrio entre la suplencia y la demanda de oxígeno a una porción del miocardio. La causa más común es la enfermedad aterosclerótica. Existen unos factores de riesgo para su presentación y perpetuación que son conductuales (hábito de fumar, dieta rica en grasas saturadas, sedentarismo) y metabólicos (hiperlipidemia, HTA, obesidad, Diabetes mellitus) y el antecedente familiar.

La presentación clínica puede ser asintomática o sintomática. En el cuadro asintomático se encuentra el infarto de miocardio silente, el cual se evidencia al realizar una ecografía transtorácica o post-mortem; la cardiomiopatía isquémica y la muerte súbita. Dentro de los cuadros sintomáticos esta la angina pectoris estable o inestable y el infarto agudo de miocardio.

Existen varias pruebas diagnósticas como son la prueba de esfuerzo y los estudios imagenológicos, (de elección en pacientes que no son candidatos para realizar algún tipo de ejercicio). Es la prueba de esfuerzo la que mide la capacidad funcional real del paciente, pues se evidencia el incremento de la carga de trabajo con la monitorización de síntomas, el electrocardiograma y la tensión arterial. Se considera negativa si el paciente no logra alcanzar el 85% de la frecuencia cardíaca máxima determinada para su Sexo y edad. Existen varios protocolos que

se diferencian por la intensidad del esfuerzo y se deben tener en cuenta al solicitarse a cada paciente.

Por otra parte, la arteriografía coronaria se realiza a todos los pacientes que son candidatos a revascularización coronaria o cuando existen dificultades diagnósticas y se desea confirmar o descartar la presencia de enfermedad cardíaca isquémica o alto riesgo de reinfarto.

Actualmente la prevención primaria en la enfermedad cardíaca isquémica es un pilar fundamental para lograr disminuir la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo de un nuevo evento, que se enfoca individualmente evaluando en primer lugar el riesgo. Si es un paciente sintomático con enfermedad coronaria y deterioro de la función ventricular, debe considerarse tratamiento quirúrgico, realizándose el más adecuado para su caso. Si presenta factores de riesgo, debe hacerse un control adecuado de ellos e intervenir en los factores de riesgo modificables, sin dejar de lado las modificaciones al estilo de vida. Para esto es importante determinar el riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham que da un estimativo a 10 años. (10)

La intervención temprana en los pacientes con enfermedad cardíaca isquémica aguda ha demostrado beneficios importantes en el aumento de la sobrevida y en la recuperación temprana de la funcionalidad del paciente, principalmente en los pacientes con alto o moderado riesgo de nuevo evento.⁸ En los pacientes que han sido revascularizados se ha buscado incorporarlos a su vida normal previa al evento coronario y se ha demostrado que cuando ingresan en forma temprana a un programa de rehabilitación cardíaca, mejora en forma evidente su desempeño físico y social comparados con los que no lo realizan, predominantemente en el Sexo Hombre. (35)

- Cardiopatía Isquémica: es una consecuencia de la isquemia miocárdica, pudiéndose definir esta última como aquella situación en la que el flujo de sangre coronario no es suficiente para mantener el metabolismo aerobio del miocardio, instaurándose un metabolismo anaeróbico y, en último término, la muerte celular. La etiología de este evento puede estar dada por factores de riesgo como: (44)

Factores de primer orden:

- ✓ Tabaco: actúa lesionando el endotelio por medio del monóxido de carbono y aumentando los niveles de catecolaminas, puesto que estos últimos determinan un aumento de fibrinógeno, una reducción de la fibrinólisis, un aumento de la concentración plasmática de lípidos y un incremento de la agregabilidad plaquetaria.
- ✓ Hipertensión: por favorecer la lesión de la pared arterial y su permeabilidad para los lípidos.
- ✓ Hipercolesterolemia.

Factores de segundo orden:

- ✓ Predisposición familiar
- ✓ Diabetes
- ✓ Obesidad
- ✓ Consumo excesivo de alcohol
- ✓ Sedentarismo. (43)

En cuanto al consumo de tabaco existe evidencia científica que avala que el tabaquismo aumenta la forma significativa al riesgo de enfermedad cardiovascular, convirtiendo el tabaco en uno de los factores de riesgo cardiovascular modificable más importante. Esta evidencia se fundamenta, tanto en estudios epidemiológicos, como en la demostración de los cambios biológicos

que el humo del tabaco produce sobre el corazón, los vasos sanguíneos, la coagulación y el metabolismo lipoproteico. (55)

A nivel cardiovascular el tabaco puede producir cardiopatía isquémica, estudios han demostrado esta asociación, permitiendo afirmar que el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica en fumadores es de 2 a 4 veces mayor que el observado en no fumadores, otros datos de estudios se ha podido mostrar la asociación de causalidad en cuanto a los pacientes que fuman sufren el doble de riesgo de morir por cardiopatías isquémica, y los fumadores con cardiopatía isquémica tienen 33% más episodios de isquemia, el tabaquismo también aumento el riesgo de arterioesclerosis, asimismo el tabaco puede potenciar la aparición de otros factores de riesgo asociados a cardiopatía isquémica como la hiperlipidemia. (55)

Por otra parte, se puede definir a un fumador como una persona que ha fumado diariamente el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Para estimar la cantidad de tabaco consumido por una persona se obtiene mediante “*número de paquetes-año*”, multiplicando el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide por 20. (55,56)

Este cálculo nos permite determinar el grado de tabaquismo de la siguiente manera:

FORMULA Índice paquetes/año	GRADO DE TABAQUISMO	Paquetes /Año
$\frac{\text{No. cigarros por día} \times \text{No. de años de consumo}}{20}$	Leve	<5
	Moderado	5 a 15
	Severo	>15

Cuadro realizado por la investigadora de datos de la bibliografía No. 55-56

Esquema No. 4 Formula para estimar el Grado de Tabaquismo. (44)

Clínica de Cardiopatía Isquémica: se expresa en la clínica como Angina, Infarto o Muerte súbita; secundariamente, puede ser causa de Insuficiencia Cardíaca o Arritmias y, a todo ello, cabe añadir otra situación recientemente de moda que es la denominada isquemia silenciosa. Nos vamos a referir a las dos primeras. (44)

- Angina de Pecho o Ágor: es expresión de una isquemia coronaria transitoria y se manifiesta con dolor reversible que suele acompañarse de alteraciones en el electrocardiograma (ECG). El dolor suele ser de carácter constrictivo y se acompaña de intensa sensación de angustia; típicamente se localiza detrás del esternón y se irradia hacia el hombro y brazo izquierdo. Con menor frecuencia, puede irradiarse al brazo derecho y mandíbula. Generalmente, aparece en forma de paroxismos de corta duración (minutos) y puede desencadenarse por diversas circunstancias como el esfuerzo, las emociones, el frío etc..., pudiendo ceder con el reposo o espontáneamente. Típicamente cede con nitritos y antagonistas del calcio. La angina se clasifica según:

Su presentación clínica:

- ✓ Angina de esfuerzo
- ✓ Angina de reposo
- ✓ Angina Mixta

Sus características evolutivas:

- ✓ Angina Estable
- ✓ Angina inestable
- ✓ Angina postinfarto
- ✓ Angina inicial o de comienzo
- ✓ Angina prolongada
- ✓ Angina progresiva

✓ Angina variante o de Prinzmetal.

- Infarto de Miocardio: es el resultado de una isquemia intensa y persistente que conduce a la necrosis de una zona del músculo cardiaco secundaria, generalmente, a la oclusión trombótica de una arteria coronaria, habitualmente por la formación de un trombo sobre una placa de ateroma complicada. En un pequeño porcentaje de casos el infarto puede ser consecuencia de un espasmo coronario, siendo también infrecuentes otras etiologías, como la embolia de una arteria coronaria, la disección aórtica o coronaria, las arteritis o un traumatismo torácico con laceración de las arterias coronarias. (44)

Clínicamente se caracteriza por:

- ✓ Dolor de características similares al de la angina pero de larga duración (más de 20 30 minutos). No calma con el reposo ni los nitritos y suele acompañarse de náuseas, sudoración fría, vómitos y sensación de muerte.
- ✓ Alteraciones enzimáticas: son consecuencia de la liberación al torrente circulatorio de diferentes enzimas como consecuencia de la necrosis celular. En la práctica son útiles para el diagnóstico las siguientes: CPK: 68 horas (sus valores se normalizan a los 34 días); GOT: 812 horas (sus valores se normalizan a los 34 días) y LDH: 2448 horas (sus valores se normalizan a partir del 8 día).
- ✓ Electrocardiograma (ECG): se caracteriza por la aparición de ondas Q anchas y profundas (ventana eléctrica) junto con signos de isquemia y lesión en las derivaciones que recogen los potenciales de la zona infartada. Lo característico es la presencia de onda Q patológica junto con supra

desnivelación del segmento ST e inversión de la onda T, dando lugar a la imagen en "lomo de delfín ". Estos cambios en el ECG se establecen de modo secuencial. Primero afectan a la onda T que aumenta de tamaño y se vuelve simétrica (isquemia subendocárdica) ; unos minutos más tarde, si se agrava la isquemia, el segmento ST se desplaza hacia arriba (lesión subepicárdica) y, finalmente, aparecerán las ondas Q de amplitud superior al 25 % del QRS o de duración mayor de 0,04 seg. Estas alteraciones aparecen en las derivaciones del ECG que exploran la región específica del miocardio afectado y, en los días, posteriores las alteraciones del ST y de la onda T pueden llegar a normalizarse, persistiendo indefinidamente la onda Q.

- ✓ Complicaciones: Insuficiencia cardíaca / Shock / Arritmias: extrasistolia ventricular, Fibrilación ventricular, Bloqueo AV.
Complicaciones Mecánicas: disfunción o rotura de músculos papilares, perforación del tabique o rotura de pared libre. (44)

La cardiopatía isquémica, es la causa principal de morbilidad en el mundo desarrollado. Actualmente, la cardiopatía isquémica está relacionada con el estilo de vida asociado al factor hereditario. Además es una patología asociada a factores de riesgo presentándose presentes en el hombre a los 40 años de edad y en la mujer, entre 7 y 10 años después. Estos factores de riesgo presentes en edades tempranas, podrían tener una importante influencia en la aparición precoz de cardiopatía isquémica. (54)

Por lo anterior, se decidió estudiar a la población que oscila entre los 20 años hasta los mayores de 50 años o también llamados adultos jóvenes, medios y mayores, teniendo en cuenta que es una patología que puede afectar a cualquier grupo etáreo sin embargo es más frecuente en mayores de 50 años, lo que se ha

podido mostrar con varios estudios realizados. (35,50, 51,52); sin embargo la presentación clínica de una cardiopatía isquémica (CI) en un joven es poco frecuente, y de hecho lo convierte en un paciente atípico en relación con el total de la población. No obstante, es importante resaltar que los enfermos que acuden en busca de ayuda médica por síntomas de cardiopatía isquémica (CI), pueden representar un pequeño subgrupo si consideramos en general los pacientes sintomáticos, y los enfermos con pocos síntomas o con enfermedad subclínica. Como generalmente los adultos jóvenes, medios y mayores sin manifestaciones clínicas no se someten a estudios médicos que comprueben el diagnóstico de esta patología, seguramente, la prevalencia de esta enfermedad está subvalorada en este grupo poblacional.

Igualmente, se han realizado investigaciones basada en ecocardiografía intravascular en corazones trasplantados (edad media del donante: $33,4 \pm 13,2$ años), y la prevalencia de la enfermedad fue $> 50 \%$, y se comprobó la existencia de lesiones coronarias en uno de cada 6 adolescentes. Además en Cuba, en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, hasta el año 2002, se realizaron 1102 coronario grafías en pacientes menores de 40 años (12 % del total), y se encontró alguna estenosis coronaria en el 35,4 % (enfermedad de 1 vaso en el 53,8 %; de 2 vasos en el 26,7 % y de 3 vasos en el 19,5 % de los pacientes).

Asimismo, el estudio de cardiopatía isquémica en el adulto joven es un tema importante en la era cardiológica actual, debido a la trágica repercusión que tiene para el individuo, su familia y la sociedad. Además, en este atractivo grupo de pacientes existen muchas interrogantes que aún no tienen respuestas. Se ha demostrado que algunos factores de riesgo coronario como el tabaquismo, el cual es el factor de mayor asociación con la CI en el adulto joven. En el estudio de Framingham 5, el riesgo relativo de CI fue 3 veces superior en fumadores de 35 a 44 años de edad, comparado con los no fumadores. El fumar cigarrillos

repetidamente produce aumentos bruscos de las catecolaminas, lo que ocasiona lesión de las células endoteliales, con la consiguiente disfunción y lesión de la íntima vascular.

También, el consumo de cocaína, en especial junto al tabaquismo, produce espasmo, rotura de la placa y trombosis por un mecanismo similar pero con mayor intensidad. Las mujeres fumadoras tienen un riesgo similar al de los hombres, pero cinco veces mayor que el riesgo de las mujeres que no fuman. El tabaquismo junto con la utilización de anticonceptivos orales se asocia con un aumento de 13 veces en la mortalidad por CI.

En el adulto joven con CI, la diabetes y las dislipoproteinemias frecuentemente están presentes. La relación de estos factores de riesgo con la CI es bien conocida, aunque en los jóvenes no se ha estudiado con profundidad. Un estudio mostró un aumento significativo de los valores de triglicéridos y de lipoproteína (a) (LP(a)), junto con disminución del colesterol y de lipoproteínas de alta densidad (HDL), en pacientes jóvenes que se les diagnosticó un primer IAM, comparados con un grupo control con similar edad y sexo. Un hecho interesante fue que se encontró una fuerte agrupación familiar del aumento de LP(a) en familiares de primer grado de estos pacientes que eran asintomáticos. (53)

Los diabéticos insulino dependientes tienen un alto riesgo de padecer CI, pero en jóvenes con CI sólo se demuestra la diabetes entre un 15-20 %. Los antecedentes familiares son reconocidos en muchos de estos pacientes, y probablemente constituya una combinación de factores de riesgo que están determinados genéticamente, como por ejemplo la diabetes, alteraciones lipídicas y fenómenos trombóticos, así como la conducta familiar que favorece el hábito de fumar. La hipertensión arterial y el sedentarismo son factores de riesgo establecidos en la CI, pero aportan muy poco en este grupo de pacientes. (53)

Todo esto muestra que la población de adultos jóvenes, medios y mayores tienen riesgo de padecer cardiopatía isquémica asociada principalmente a factores de riesgo (especialmente en hábito de fumar y la diabetes); la elevada mortalidad demostrada le imprime un sentido de urgencia a la atención de estos pacientes principalmente a la conducta terapéutica, con elección inicial de la revascularización cuando se justifique desde el punto de vista clínico. (53)

Por otro lado dentro de los criterios de inclusión para la participación de los sujetos en el presente estudio se tiene en cuenta que el diagnóstico de cardiopatía isquémica sea no mayor a dos años, esto debido a que los pacientes hospitalizados con diagnóstico reciente de cardiopatía isquémica, una vez dados de alta hospitalaria, precisan de un seguimiento médico ambulatorio al principio más frecuente, lo que hace que el porcentaje del total de pacientes asistidos en la consulta externa sea elevado. (50,52)

2. METODOLOGIA

2.1 DISEÑO

En el presente estudio se empleó un diseño cuantitativo observacional de tipo descriptivo transversal, mediante una encuesta estructurada representada por el instrumento de medición de tipo genérico SF-36 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. La misma permite estimar las ocho (8) dimensiones que encierran la calidad vida relacionada de la salud correspondientes a función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM) en pacientes con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio. Los datos que se utilizaron para esta investigación provienen de fuentes primarias, información tomada de los sujetos (pacientes con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio de consulta externa y hospitalización). (Anexo 2)

2.2 POBLACIÓN

Este estudio se ejecutó en la Organización Clínica General del Norte Cartagena, la cual se encuentra ubicada en la localidad industrial de la Bahía en Cartagena de Indias. La muestra estuvo representada por los pacientes que asistan a consulta externa o que se encontraban hospitalizados por infarto agudo de miocardio y angina en la Organización Clínica General del Norte de Cartagena de Indias, mayores de 20 años de edad, es decir adultos jóvenes, medios y mayores. Se decidió trabajar sobre esta población ya que los adultos jóvenes es una población a riesgo por los factores de riesgo de primer y segundo orden asociados a cardiopatía isquémica.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que tuviesen un diagnóstico no mayor a dos años de padecer alguno de los tipos de cardiopatía isquémica (Infarto Agudo de Miocardio y Angina).
- Pacientes diagnosticados con angina según criterio médico, así como pacientes con diagnóstico de IAM hospitalizados y post IAM.
- Pacientes adultos jóvenes, medios y mayores. (mayores de 20 años de edad).
- Pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa y hospitalización de la unidad de cardiología de la Organización Clínica General del Norte de Cartagena.
- Participación voluntaria de los sujetos.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que se rehusaran participar en el estudio.
- Sujetos con trastornos del habla y comunicación.

2.3 MUESTRA

El diseño muestral probabilístico utilizado fue el muestreo aleatorio simple (mas), el cual garantiza estimaciones válidas, controlando los sesgos de información y selección. La muestra fue calculada teniendo en cuenta la fórmula para cálculo de muestras de estudios descriptivos esta se representa así:

CRITERIOS PARA EL CALCULO EN ESTUDIOS DESCRIPTIVOS		
Índice de Confianza	95%	$Z_{\alpha/2} = 1,96$
Nivel de Significancia	0,05(Alfa) y $\alpha/2=0,025$	
P	Probabilidad de éxito o Prevalencia del evento	
Q	Probabilidad de fracaso o complemento 1-p	
e ²	Error de muestreo	
Formula		
$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (pq)}{e^2}$		

Esquema No. 5 criterios para el cálculo de muestra de estudio descriptivos. (38,39) cuadro elaborado por la investigadora teniendo en cuenta las referencias mencionadas.

Al desconocer la prevalencia de la variable dependiente, según el universo se utilizó una prevalencia de **50%** como supuesto. Esto debido a que se estima la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos jóvenes, medios y mayores con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio o angina) con un nivel de confianza del **95%** y un error del (precisión) **5%**. (37). Como tamaño poblacional se tiene 500 sujetos que al realizar el caculo muestral utilizando el programa estadístico *Epidat 3.1* se obtuvo una muestra de **218** sujetos, a los que se les aplicó el instrumento de recolección de información **SF-36**.

2.4 INSTRUMENTO

Se empleó una encuesta estructurada representada por el cuestionario SF-36, desarrollado en Estados Unidos, avalado en Colombia. El instrumento incluye 36 ítems o preguntas que agrupados miden las 8 escalas: Salud General (SG), Salud Mental (SM), Función Física (FF), Rol Físico (RF), Vitalidad (VT), Dolor Corporal (DC), Rol Emocional (RE) y Función Social (FS).

Además, al cuestionario SF-36 reporta una consistencia interna que se ha determinado a través de la prueba alfa de Cronbach que mide la consistencia de las escalas por patrón de respuestas politómica. El alfa de Cronbach permite evaluar homogeneidad en escalas cuyos ítems pueden responderse en más de dos alternativas. Valores de alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna. En Colombia, estudios han demostrado una buena consistencia en todas sus subescalas, con valores que oscilan entre 0,74 a 0,93. El grado de confiabilidad encontrado garantiza la correlación entre los ítems que evalúan y muestran la fiabilidad en los datos arrojados.

Asimismo, en otras investigaciones se ha podido determinar en pacientes con cardiopatía isquémica (IAM y Angina) valores de consistencia interna altos (alfa de Cronbach 0,72-0,94). Lo que permite reafirmar la confiabilidad, validez especificidad y sensibilidad del instrumento. (12,57)

Además al cuestionario se le anexaron las variables que midieran los determinantes sociales de la salud proximales de tipo socio demográfico. (Anexo 2)

2.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Inicialmente se realizó una búsqueda en el sistema de la entidad de todos los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (angina e IAM), aquellos los sujetos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron por muestreo aleatorio simple. Aquellos sujetos que se encontraban hospitalizados se les aplicó la encuesta con su consentimiento firmado y aquellos que ya estaban dados de alta pero clasificaban como sujetos para la aplicación del cuestionario SF-36, además se decidió acordar cita vía telefónica e ir al domicilio y aplicar encuesta, al igual que los seleccionados por consulta externa.

Todo este proceso se realizó en 3 meses por el número de pacientes y el recurso humano (4 auxiliares de enfermería) capacitados (por la investigadora principal) para la aplicación del instrumento. Se visitaron 218 sujetos a los cuales se les aplicó el instrumento entre 8 a 15 minutos.

Todos los días al finalizar cada encuesta, se procedió a revisar todas las variables consignadas en el instrumento con el fin de verificar el diligenciamiento en su totalidad y diariamente se digitaban los datos mediante el programa de *office Excel*, de igual forma todos los datos capturados se codificaron en el instrumento.

Para el presente estudio utilizó fuentes primarias representada por los datos recolectados mediante el instrumento aplicado a los sujetos seleccionados y secundarias como (historia clínica y registros de sistema) de la oficina de registros para identificar a los sujetos de acuerdo a la variable definida como antecedentes del evento de cardiopatía isquémica, pertenecientes al programa de cardiología de la entidad.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas en el presente estudio, según la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 emanada por el Ministerio de Salud-República de Colombia, mediante su Artículo 8 y 11 literal b de esta misma resolución se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, al ser un estudio prospectivo que emplean el registro de datos.

La investigación fue amparada y avalada por el Comité de Ética institucional de la Universidad del Norte. Los sujetos recibieron un consentimiento informado que cumple con los requerimientos emanados de la resolución 8430 de 1993 Artículo 6 literal g y normativas internacionales. (Anexo 3)

El presente estudio dispone adicionalmente de aprobación del comité de ética de la Organización Clínica General del Norte.

2.7 VARIABLES

Para estimar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su relación con los determinantes sociales de la salud proximal de tipo sociodemográfico en pacientes con cardiopatía isquémica (Angina e IAM). La macrovariable y variables son:

Macrovariable: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Variable dependiente (efecto). Dimensiones de la CVRS. (Anexo 1)

Función física: grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.

Rol Físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias lo que incluye el rendimiento menos que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

Dolor Corporal: la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

Salud General: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social: grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol Emocional: grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la rendimiento en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

Salud Mental: salud mental general, lo que incluye la depresión, ansiedad, control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

El cálculo de las puntuaciones de las dimensiones o escalas de la calidad de vida relacionada con la salud se realizó utilizando el software estadístico *IBM SPSS* versión 21 en español.

La escala de 0 a 100 que mide la calidad de vida relacionada con la salud, significa que las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud, es decir para cada dimensión, los ítem son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).

Para la calidad de vida relacionada con la salud-CVRS global se realizó mediante el promedio de las estimaciones de las ocho escalas o dimensiones de la calidad de vida relacionada. Además para estimar su valor de *Odds ratio-OR* se recodificó la variable mediante el software estadístico *IBM SPSS* versión 21 en español, en el cual se transformó la variable estableciéndose el rango inferior menor a 49

puntuaciones o no aceptable=0 y el rango superior mayor a 50 puntuaciones y se denominó como aceptable=1. (5, 49, 86, 87, 88)

Variable Independiente (Determinantes Sociales de la Salud Proximal de tipo sociodemográficos):

Sexo: se considera la diferenciación biológica de los sujetos en hombre y mujer. Es una variable de naturaleza cualitativa y medición dicotómica nominal.

Edad: tiempo de vida de los sujetos, variable de naturaleza cuantitativa, y de escala de medición razón. Representada por el número de años cumplidos de los sujetos.

Área de procedencia: área geográfica de residencia, variable de naturaleza cualitativa, y de escala de medición dicotómica nominal. Las posibles respuestas son: urbana y rural.

Estrato socioeconómico: estratificación de acuerdo al recibo de servicio público. Variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición politómica ordinal. Las posibles respuestas son 1-2-3-4-5 y 6.

Nivel educativo: estratificación de acuerdo al nivel educativo formal cursado por el sujeto, variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición politómica ordinal. Las posibles respuestas son: sin estudio, sabe leer y escribir exclusivamente, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, técnico, tecnológico, y nivel superior.

Estado civil: condición personal de acuerdo a vínculo con otra persona, variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición politómica nominal. Las posibles respuestas son: soltero, casado, unión libre, divorciado, y viudo.

Régimen de afiliación: Incorporación al sistema general de seguridad social en salud acorde a la capacidad o de pago o tipo de vinculación laboral, variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición politómica nominal. Las posibles respuestas son: contributivo, subsidiado, excepción y no afiliado.

Ocupación: conjunto de acciones dirigidas a una actividad específica, variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición politómica nominal. Las posibles respuestas son: estudiante, empleado, ama de casa, independiente, pensionado o jubilado.

Autoreconocimiento (indígena, palenquero, afrodescendiente, raizal, room, otros): se refiere al reconocimiento por parte de un grupo étnico. (Sentimiento de pertenencia cultural). No está relacionada directamente con los rasgos físicos (color de piel, rasgos del rostro), es una variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición nominal politómica. Las posibles respuestas son: indígena, palenquero, afrodescendiente, raizal (gitanos), ROOM (costumbres y cultura), y otros.

Antecedentes familiares de morbilidad (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad y sedentarismo): Son documentos gráficos o escritos de las enfermedades y afecciones presentes en una familia. Es una variable de naturaleza cualitativa y de escala de medición politómica nominal. Las posibles respuestas son: sí o no.

Antecedentes personales de estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad habitual o física): son todos aquellos factores de riesgo individuales como conductas y hábitos de riesgo relacionados con cardiopatías isquémicas. Son variables de naturaleza cualitativa y escala de medición ordinal politómica.

Unidad de servicio de atención (Hospitalización y Consulta Externa): Áreas de prestación de servicios de salud. Es una variable de naturaleza cualitativa y escala de medición nominal dicotómica.

Tipo de Cardiopatía Isquémicas (Infarto Agudo de Miocardio y Angina): es la manifestación clínica en el sujeto, es una variable de naturaleza cualitativa y escala de medición nominal dicotómica. (Anexo 1).

2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Primera Parte: Se describirá la distribución de las variables personales según las categorías, para las cualitativas se emplearan medidas de frecuencia y para las cuantitativas se empleara medidas de tendencia central y dispersión indicándose el comportamiento normal y se describe para cada categoría el número de sujetos que no responden.

Con respecto a la variable dependiente presentada como medida de tendencia central se presentaran relacionadas de acuerdo con la variable independiente y sus categorías, utilizando la prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas y para las cuantitativas el test de la t de Student y el análisis de la varianza.

Para estimar el efecto de la variable independiente sobre la dependiente se estimara la Odds Ratio cruda a través de la regresión logística univariada no

condicional. Para aquellas variables que en el análisis bivalente la “p” arrojo un valor menor de 0,20.

Para relacionar el efecto de las distintas variables independientes significativas en el paso anterior se realizará un análisis de regresión logística múltiple no condicional en donde se mantendrán aquellas variables que alcancen una significación estadística menor de 0,05. Además, se mantendrá en los análisis la edad en grupo decenales, el sexo, el consumo de tabaco, alcohol, actividad habitual y el autoreconocimiento.

Las variables independientes de tipo cualitativo, tales como el nivel educativo, estado civil, estrato socioeconómico, afiliación, ocupación, antecedes familiares de morbilidad, antecedentes personales cualitativo de consumo de tabaco, alcohol y actividad habitual, se modelizaran de manera categórica usando variables e indicadores (dummies). Las variables de área de procedencia, tipo de ocupación, unidad de servicio de atención.

Los análisis estadísticos se realizaran con el paquete informático “Statistical package for the social sciences” SPSS para Windows versión 21 en español.

3. RESULTADOS

El cuestionario SF-36 que estima la Calidad de Vida relacionada con la Salud-CVRS se aplicó a 219 sujetos con diagnóstico clínico de cardiopatía isquémica de tipo Infarto Agudo de Miocardio y Angina de Pecho, con una tasa de 100% de respuesta para todos los ítems.

3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.

El 67,1%(n=147) de los sujetos presentaba diagnóstico clínico de Infarto Agudo de Miocardio-IAM, la edad promedio de los sujetos fue de 57,5 años \pm 20,2. El 25% tiene menos de 39 años y el 75% tiene 75 o menos años, lo que muestra que la gran proporción son sujetos adultos medios. El grupo etáreo con mayor proporción fue del 20 a 35 años con 19,2%(n=42) y en menor frecuencia los de 86 y más años de edad con el 6,8%(n=15). En lo que se refiere al sexo, los hombres predominaron con el 55,7%(n=122). (Anexo 4)

El 95,8% de los sujetos están asegurados en salud, se encuentran distribuidos principalmente en el régimen contributivo y de excepción con 46,1%(n=101) y 44,7%(n=98) respectivamente, la mitad de los encuestados se ubica en estrato bajo. El nivel educativo predominantes es el secundario con 37,9%(n=83).El 25,6% (n=56) se autoreconocen como afrodescendiente y palenquero distribuidos en 21%(n=46) y 4,6%(n=10) respectivamente. (Anexo 4)

En referencia a la ocupación, el 42,9% (n=94) de los sujetos manifiesta que tienen alguna actividad laboral sea informal o formal, seguido de los

pensionados/jubilados con 30,1%(n=66). Con relación a la convivencia el 73,1%(n=160) refiere tener pareja. El 77,2% (n=169) reside en área urbana. Con respecto a la morbilidad actual, el 85,8%(n=188) se encontró en la unidad de atención de hospitalización. (Anexo 4)

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD Y ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA.

Los antecedentes familiares de morbilidad en primer grado de consanguineidad más relevante corresponden con hipertensión arterial 64,4% (IC al 95%: 57,8%-70,9%) y diabetes el 36,5% (IC al 95%: 29,9%-43,1%), en menor proporción refieren obesidad 13,7% (8,9%-18,4%) e hipercolesterolemia 19,6% (IC al 95%: 14,1%-25%). (Anexo 5)

En lo que se refiere a los antecedentes personales de estilos de vida con respecto al hábito de fumar de manera global el 17,4% (IC al 95%:12,1%-22,5%) manifiesta que fuman, con respecto a este hábito el 92,5 (79,6%-98,4%) refiere de manera leve el consumo de tabaco, siendo preferencialmente el fumar de manera no diaria 13,2% (IC al 95%:8,5%-17,9%). (Anexo 6)

El consumo de bebidas alcohólicas el 36,5% (29,9%-43,1%) manifestó que nunca ha tomado alcohol y el 32,4%(25,9%-38,8) manifestó que dejó de ingerir alcohol. (Anexo 6)

Con respecto a la actividad física el 15,5% (IC al 95%:10,5%-20,5%) afirma que son sedentarios, mientras que los sujetos encuestados el 55,3% (48,4%-62,0%)

manifestaron que no sabía el tipo de ejercicio habitual en su desempeño diario.
(Anexo 6)

3.3 ESTIMACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD-CVRS.

Con respecto a la estimación de la métrica de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, se observa que la función social, salud mental y dolor arrojaron las puntuaciones altas, con 60 o más puntos (Tabla No. 1) evidenciándose un mejor estado de salud, además en cuanto a distribución de las puntuaciones la función social presentan una distribución con tendencia a una distribución normal (Anexo.11), en cambio la dimensión de dolor presenta una leve asimetría positiva (Anexo.8). En contraste la dimensión de rol físico y salud general aportaron las puntuaciones más baja por debajo de 54 puntos mostrando posible afectación de este componente (Tabla No.1)

Tabla No1. Estimación de calidad de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud global.

ESTIMACION DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD GLOBAL					
Dimensión	Media y Desv. típ.	Mediana	Asimetría	P₂₅	P₇₅
Función Física	54,0±39,9	50,0	-0,10	15,0	100,0
Dolor	60,1±29,7	52,0	0,16	32,0	100,0
Salud General	52,1±12,2	52,0	0,53	45,0	57,0
Vitalidad	53,9±20,6	50,0	0,48	40,0	70,0
Función social	65,5±24,8	62,5	0,04	50,0	87,5
Rol Emocional	56,9±48,5	100,0	-0,27	0,0	100,0
Salud Mental	62,7±17,3	60,0	0,32	48,0	72,0
Rol Físico	53,4±48,7	100,0	-0,13	0,0	100,0

Desv. típ.=desviación típica o estándar

3.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN RELACIÓN A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE TIPO PROXIMAL SOCIO DEMOGRÁFICO.

Al correlacionar los grupos de edad y la métrica de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud se observa una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$), es decir, a medida que se aumenta la edad disminuye las puntuaciones de la calidad de vida, observándose una tendencial lineal en la puntuación. (Tabla 2)

En relación al sexo y la comparación de las distintas dimensiones de la métrica de la calidad de vida relacionada con la salud, las dimensiones de función física, dolor, rol emocional, salud mental y rol físico, las mujeres presentan puntuaciones más bajas que los varones al parecer se aprecia una peor percepción en estas dimensiones ($p < 0,05$). (Tabla 3)

En cuanto al régimen de afiliación o seguridad social, no se aprecia diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), para las distintas dimensiones de calidad de vida, sin embargo cabe señalar que los No afiliados presentan menor puntuación. (Tabla 4). Realizando la comparación entre afiliados y no afiliados se observan puntuaciones similares y no se aprecia diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

La relación entre el nivel educativo y las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, se aprecia que al incrementar el nivel de estudios se aprecia un incremento en la estimación, lo que permite expresar que a más estudios se percibe diferente la calidad de vida relacionada con la salud ($P < 0,01$). (Tabla 5)

Al comparar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud con el estrato socioeconómico, se aprecia que los sujetos de estratos alto presentan puntuaciones más bajas que los estratos medio y bajo, en especial en las dimensiones de función física, dolor, vitalidad y rol emocional ($p < 0,05$), se puede expresar que a medida de que el estrato es más bajo los sujetos tienen una percepción de mejor estado de salud que aquellos que viven estrato alto. (Tabla 6)

En cuanto a la métrica de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y el auto-reconocimiento de pertenecer a un grupo étnico, la comunidad palanquera presenta mejores puntuaciones que la comunidad afrodescendiente y otros, especialmente en la función física, dolor, función social, rol emocional y rol físico ($p < 0,01$). (Tabla 7)

Según la ocupación de los sujetos y su relación a todas las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud se observa variaciones en la métrica de las distintas dimensiones, los empleados sean estos trabajadores independientes o empleados formales reflejan mejor puntuación, sin embargo el grupo reducido de quienes estudian expresan puntuaciones más altas al compararse con las otras ocupaciones; este dato debe tomarse con cautela dado el tamaño de este grupo, sin embargo quienes se reconocen en condición de jubilados o pensionados reflejan puntuaciones más bajas. ($p < 0,01$). (Tabla 8)

Los sujetos que tienen pareja presentan mejores puntuaciones en general, siendo estadísticamente significativa para las dimensiones de función social, función física y salud general ($p < 0,01$). (Tabla 9)

Al contrastar la métrica de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud según el área de procedencia, los sujetos que provienen de áreas rurales

presentan mayor puntuación de las dimensiones, principalmente de función física y salud general ($p<0,05$). (Tabla 9)

Teniendo en cuenta la estimación de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación a la unidad de servicio de atención, se evidencia que los sujetos de consulta externa presentan mayor puntuación o tienen una percepción de mejor estado de salud en relación a los de hospitalización, además entre las dimensiones con mayor puntuación están el rol emocional, función social, dolor, función física, rol físico y salud mental, siendo estas estadísticamente significativas ($p<0,01$). (Tabla 10)

La métrica de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico clínico de cardiopatía isquémica de tipo infarto agudo de miocardio-IAM presentan puntuaciones bajas en comparación con los pacientes que tienen diagnóstico de angina, mostrando estos últimos mayor puntuación principalmente en dolor y función física ($p<0,05$). (Tabla 10)

Tabla 2. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación al factor socio demográfico-Edad.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	EDAD							p-valor
	20 a 35 años n=(42)	36 a 45 años n=(25)	46 a 55 años n=(32)	56 a 65 años n=(30)	66 a 75 años n=(38)	76 a 85 años n=(37)	86 y mas años n=(15)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	92.8±19.1	81.2±29.6	74.2±31.1	53.0±33.2	29.2±26.6	17.4±25.3	12.3±21.4	0,00
Dolor	94.1±15.0	79.3±26.6	68.6±23.5	52.3±23.6	41.9±21.0	36.4±16.8	34.4±12.2	0,00
Salud General	58.2±7.5	53.1±8.0	58.5±15.8	55.9±10.6	49.7±11.6	42.0±8.9	43.0±9.3	0,00
Vitalidad	70.9±12.1	61.4±18.4	64.3±22.0	53.1±23.2	43.4±13.4	39.7±13.4	35.6±9.4	0,00
Función social	87.5±14.6	82.0±23.1	74.6±22.3	65.0±26.5	50.9±13.7	46.9±13.6	40.8±15.2	0,00
Rol Emocional	94.4±21.9	21.9±37.4	80.2±37.7	64.4±47.8	29.8±44.3	15.3±34.7	13.3±35.1	0,00
Salud Mental	74.9±12.8	67.8±15.0	72.2±16.4	66.8±19.6	53.4±10.4	50.5±11.3	44.8±8.9	0,00
Rol Físico	93.4±22.8	85.0±35.3	67.1±45.5	54.1±48.7	29.6±44.5	14.8±34.5	13.3±35.1	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 3. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Sexo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	SEXO		p-valor
	HOMBRES n=(122)	MUJERES n=(97)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	60,8±39,5	45,5±39,0	0,01
Dolor	64,1±30,2	55,0±28,5	0,02
Salud General	53,0±10,7	51,0±13,8	0,23
Vitalidad	56,2±21,2	51,1±19,6	0,06
Función social	68,2±24,3	62,1±25,0	0,06
Rol Emocional	62,8±47,1	49,4±49,5	0,04
Salud Mental	65,3±17,2	59,3±16,9	0,01
Rol Físico	59,6±47,8	45,6±48,9	0,03

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 4. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico-Régimen de Afiliación.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	REGIMEN DE AFILIACION				p-valor
	CONTRIBUTIVO n=(101)	SUBSIDIADO n=(11)	EXCEPCION n=(98)	NO AFILIADO n=(9)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	60,2±39,3	58,1±40,3	48,8±40,0	35,5±37,9	0,10
Dolor	64,7±30,1	60,0±27,9	56,3±29,2	49,0±30,36	0,15
Salud General	51,7±11,3	52,1±12,7	52,8±13,2	48,2±9,8	0,70
Vitalidad	55,6±20,2	54,5±16,0	53,0±21,9	45,0±13,4	0,46
Función social	68,3±25,1	57,9±20,3	64,5±24,4	54,1±27,2	0,22
Rol Emocional	65,3±46,4	63,6±50,4	49,3±49,5	37,0±48,4	0,06
Salud Mental	63,7±16,4	65,4±13,1	62,0±18,6	55,5±15,9	0,50
Rol Físico	60,8±47,7	61,3±49,1	46,6±49,1	33,3±45,0	0,10

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 5. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Nivel Educativo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO					p-valor
	SIN ESTUDIOS n=(10)	B. PRIMARIA n=(46)	SECUNDARIA n=(83)	TÉCNICO-TECNÓLOGO n=(57)	SUPERIOR n=(23)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	11,5±26,5	36,6±35,4	50,9±39,3	68,5±36,7	82,6±29,1	0,00
Dolor	35,4±24,4	45,9±23,7	57,8±28,7	70,1±28,8	82,2±26,8	0,00
Salud General	42,4±8,6	48,2±11,9	51,7±12,7	55,4±11,0	57,3±10,6	0,00
Vitalidad	34,0±14,8	45,8±18,2	54,2±21,7	58,6±18,5	66,5±16,5	0,00
Función social	42,5±22,2	53,8±21,2	64,4±24,5	73,4±22,0	83,1±21,5	0,00
Rol Emocional	20,0±42,1	44,2±48,7	50,6±48,9	70,7±45,0	86,9±34,4	0,00
Salud Mental	49,6±11,6	58,0±17,1	62,1±18,7	65,9±14,4	72,0±15,0	0,00
Rol Físico	12,5±31,7	39,1±47,9	47,2±48,6	68,4±46,1	84,7±35,1	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 6. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Estrato Socioeconómico.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ESTRATO SOCIOECONOMICO			p-valor
	BAJO n=(99)	MEDIO n=(77)	ALTO n=(43)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	58,1±38,9	56,7±41,0	39,7±37,8	0,03
Dolor	61,7±29,8	64,2±29,8	48,9±27,5	0,01
Salud General	51,7±10,8	53,6±14,6	50,3±10,4	0,34
Vitalidad	52,7±19,3	58,4±22,0	48,9±19,8	0,03
Función social	66,9±25,4	67,5±25,1	58,7±21,7	0,13
Rol Emocional	59,5±47,9	62,3±48,1	41,0±48,7	0,05
Salud Mental	61,9±17,0	65,7±18,2	59,1±15,8	0,11
Rol Físico	56,3±48,2	58,4±48,6	37,7±47,9	0,06

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 7. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Autoreconomiento o Grupo Étnico.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	AUTORECONOMIENTO ó GRUPO ÉTNICO			p-valor
	PALENQUERO	AFRODESCENDIENTE	OTROS	
	n=(10) Media y Desv. típ.	n=(46) Media y Desv. típ.	n=(163) Media y Desv. típ.	
Función Física	92,0±13,3	46,5±44,0	53,8±38,6	0,00
Dolor	91,0±14,8	59,6±29,5	58,3±29,6	0,00
Salud General	58,4±1,8	50,1±11,2	52,3±12,7	0,14
Vitalidad	66,0±15,5	55,4±19,7	52,8±21,0	0,12
Función social	90,0±16,4	68,2±24,9	63,2±24,4	0,00
Rol Emocional	100,0±0,0	54,3±47,8	55,0±49,2	0,01
Salud Mental	71,2±14,3	61,5±17,2	62,5±17,4	0,27
Rol Físico	100,0±0,0	43,4±50,1	53,3±48,3	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 8. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Ocupación.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	OCUPACIÓN					p-valor
	ESTUDIANTE n=(4)	EMPLEADO n=(53)	AMA DE CASA n=(55)	INDEPENDIENTE n=(41)	PENSIONADO /JUBILADO n=(66)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	100,0±0,0	83,8±25,5	46,8±40,8	63,5±37,6	27,4±30,0	0,00
Dolor	100,0±0,0	80,8±22,2	56,4±30,2	63,4±31,0	42,0±20,7	0,00
Salud General	61,7±3,5	56,7±10,3	49,9±13,8	56,1±11,0	47,1±10,8	0,00
Vitalidad	77,5±8,6	66,2±16,9	50,7±18,8	58,0±23,4	42,9±16,2	0,00
Función social	93,7±7,2	82,3±18,2	59,5±25,5	69,2±27,1	53,0±17,9	0,00
Rol Emocional	100,0±0,0	91,8±26,8	48,4±49,6	69,1±44,3	25,7±42,8	0,00
Salud Mental	83,0±7,5	73,4±13,9	58,4±15,5	67,5±17,3	53,4±14,9	0,00
Rol Físico	100,0±0,0	88,2±30,8	46,8±48,8	59,1±47,6	24,6±42,4	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 9. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Estado Civil y Área de Procedencia.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ESTADO CIVIL		p-valor
	TIENEN PAREJA n=(160)	NO TIENEN PAREJA n=(59)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	58,5±39,3	41,8±39,3	0,00
Dolor	62,0±30,6	54,9±26,9	0,11
Salud General	53,5±11,7	48,4±12,9	0,00
Vitalidad	55,3±20,9	50,3±19,5	0,11
Función social	68,4±24,9	57,6±22,8	0,00
Rol Emocional	60,0±48,2	48,5±48,8	0,12
Salud Mental	63,4±17,6	60,7±16,3	0,30
Rol Físico	56,8±48,5	44,0±48,3	0,08

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ÁREA DE PROCEDENCIA		p-valor
	URBANA n=(169)	RURAL n=(50)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	50,5±40,2	65,8±37,1	0,01
Dolor	37,1±28,4	64,9±33,8	0,19
Salud General	50,8±12,9	56,4±8,3	0,00
Vitalidad	53,2±20,9	56,4±19,7	0,35
Función social	64,7±24,4	68,2±26,0	0,37
Rol Emocional	54,8±48,8	64,0±47,5	0,24
Salud Mental	62,2±17,0	64,4±18,2	0,41
Rol Físico	50,8±48,7	62,0±48,2	0,15

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 10. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en relación en relación al factor socio demográfico- Unidad de Servicio de Atención y Tipo de Cardiopatía Isquémica.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	UNIDAD DE SERVICIO DE ATENCIÓN		p-valor
	CONSULTA EXTERNA n=(31)	HOSPITALIZACIÓN n=(188)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	73,2±35,0	50,8±39,9	0,00
Dolor	76,0±27,0	57,4±29,4	0,00
Salud General	55,1±9,9	51,6±12,5	0,13
Vitalidad	63,8±19,9	52,3±20,3	0,00
Función social	79,8±22,2	63,1±24,4	0,00
Rol Emocional	80,6±38,2	53,0±49,0	0,00
Salud Mental	70,3±16,8	61,4±17,1	0,00
Rol Físico	72,5±42,5	50,2±49,0	0,01

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	TIPO DE CADIOPATÍA ISQUÉMICA		p-valor
	IAM n=(147)	ANGINA n=(72)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	49,7±41,0	62,7±36,4	0,02
Dolor	56,8±29,2	66,7±30,1	0,02
Salud General	51,7±12,8	52,9±10,9	0,47
Vitalidad	52,4±20,5	57,0±20,5	0,12
Función social	63,6±24,4	69,4±25,2	0,10
Rol Emocional	54,6±48,5	61,5±48,6	0,32
Salud Mental	61,2±17,3	65,7±17,0	0,06
Rol Físico	50,5±49,0	59,3±47,7	0,20

Desv. típ.=desviación típica o estándar

3.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD Y SEDENTARISMO.

Al analizar las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud y los antecedente familiar de morbilidad se estima que aquellos sujetos que tienen el antecedente familiar de hipertensión arterial y diabetes presentan menor puntuación para cada una de las dimensiones exceptuando salud general en quienes tienen el antecedente de hipertensión en donde la diferencia no fue estadísticamente significativa. Para quienes presentan el antecedente de hipercolesterolemia y de obesidad no se observaron diferencias (Tabla 11).

3.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA.

Con respecto a la asociación del antecedente personal de fumar, se aprecia que los sujetos que fuman presentan mejor puntuación de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud que los que no fuman. Las dimensiones función física, salud mental, dolor, vitalidad, rol emocional y salud mental presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), es decir que estos sujetos perciben tener un mejor estado de salud a diferencia de los que no tienen el antecedente personal de fumar. (Tabla 12)

Siendo la sub muestra relativamente pequeña para la estimación del grado de tabaquismo no se alcanza a estimar diferencias. (Tabla 13). Con respecto a la distribución del consumo de tabaco en cinco categorías que posibilita discriminar el hábito de tabaquismo se observa que quienes dejaron de fumar presentan las

puntuaciones más bajas en las distintas dimensiones de calidad de vida, de otra parte quienes fuman de manera frecuente reflejan mejores puntuaciones en salud general, dolor, rol físico y rol emocional (sin embargo debe tenerse en cuenta lo reducido del tamaño de la observación. De manera similar, quienes expresan que fuman de manera no habitual expresan mejores puntuaciones en función física, vitalidad, función social y salud mental. (Tabla 14)

Con respecto al hábito de consumo de bebidas alcohólicas quienes expresaron que consumen alcohol de manera ocasional expresan mejores puntuaciones en cada una de las dimensiones de calidad de vida, mientras que quienes dejaron de hacerlo o los denominados ex bebedores presentan peores puntuaciones en cada una de las dimensiones, estas diferencias fueron estadísticamente significativas. ($p < 0,01$), (Tabla 15)

Al comparar las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud y la actividad física, se observa que quienes manifiestan que permanecen sentado la mayor parte de su tiempo reflejan puntuaciones más bajas y quienes expresan que realizan alguna actividad física que les exige un gran esfuerzo manifestaron puntuaciones más altas, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Sin embargo este análisis debe ser valorado con cautela debido a que un tamaño considerable de los encuestados no responden o no contestan a esta pregunta y su puntuación es en algunas dimensiones baja comparada con las otras categorías. (Tabla 16)

Tabla 11. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes familiares de morbilidad y sedentarismo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD			
ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD Y SEDENTARISMO			
DIMENSIONES	HIPERTENSION ARTERIAL		p-valor
	SI	NO	
	n=(141)	n=(78)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	47,9±39,4	65,0±38,8	0,00
Dolor	54,7±28,5	69,8±29,6	0,00
Salud General	51,0±12,6	54,0±11,2	0,08
Vitalidad	51,0±20,2	59,3±20,3	0,00
Función social	62,4±24,3	71,1±24,7	0,01
Rol Emocional	50,1±49,2	69,2±45,1	0,00
Salud Mental	60,3±16,7	67,0±17,6	0,00
Rol Físico	46,9±48,5	65,0±47,2	0,00
DIMENSIONES	HIPERCOLESTEROLEMIA		p-valor
	SI	NO	
	n=(43)	n=(176)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	57,9±37,6	53,0±40,5	0,48
Dolor	63,2±31,6	59,3±29,3	0,44
Salud General	53,3±14,2	51,8±11,7	0,47
Vitalidad	56,8±21,7	53,2±20,3	0,31
Función social	68,3±26,3	64,8±24,4	0,41
Rol Emocional	68,2±45,3	54,1±49,0	0,08
Salud Mental	64,7±18,4	62,2±17,0	0,39
Rol Físico	55,2±48,3	52,9±48,9	0,78
DIMENSIONES	DIABETES		p-valor
	SI	NO	
	n=(80)	n=(139)	
	Media y	Media y	

	Desv. típ.	Desv. típ.	
Función Física	38,6±36,1	62,9±39,4	0,00
Dolor	50,2±26,2	65,7±30,3	0,00
Salud General	49,4±12,1	53,6±12,0	0,01
Vitalidad	48,1±19,6	57,3±20,5	0,00
Función social	57,0±23,0	70,4±24,5	0,00
Rol Emocional	45,8±49,0	63,3±47,3	0,01
Salud Mental	58,2±16,4	65,2±17,3	0,00
Rol Físico	42,5±47,9	59,7±48,2	0,01

OBESIDAD

DIMENSIONES	SI	NO	p-valor
	n=(30)	n=(189)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	43,1±40,9	55,7±39,6	0,10
Dolor	51,4±30,2	61,4±29,5	0,08
Salud General	49,2±10,8	52,5±12,4	0,16
Vitalidad	48,8±17,2	54,8±21,0	0,14
Función social	58,7±23,4	66,6±24,8	0,10
Rol Emocional	51,1±50,0	57,8±48,4	0,48
Salud Mental	60,1±13,1	63,1±17,8	0,38
Rol Físico	46,6±48,5	54,4±48,7	0,41

SEDENTARISMO

DIMENSIONES	SI	NO	p-valor
	n=(34)	n=(185)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	63,2±39,0	52,3±40,0	0,14
Dolor	68,2±29,6	58,6±29,6	0,08
Salud General	52,3±13,4	52,0±12,0	0,90
Vitalidad	59,8±20,3	52,9±20,5	0,07
Función social	70,2±23,0	64,6±25,0	0,23
Rol Emocional	61,7±47,9	56,0±48,7	0,52
Salud Mental	66,0±17,0	62,1±17,3	0,23
Rol Físico	55,8±49,2	52,9±48,7	0,75

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 12. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Fuma.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA		p-valor
	FUMA		
	SI n=(38)	NO n=(181)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	68,6±39,6	50,9±39,4	0,01
Dolor	69,7±30,6	58,0±29,2	0,02
Salud General	54,7±8,5	51,5±12,8	0,15
Vitalidad	60,6±20,4	52,5±20,4	0,02
Función social	72,3±26,6	64,0±24,2	0,06
Rol Emocional	71,0±45,9	53,9±48,7	0,04
Salud Mental	67,8±16,2	61,6±17,3	0,04
Rol Físico	65,7±47,0	50,8±48,7	0,08

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 13. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Grado de Tabaquismo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA		
	GRADO DE TABAQUISMO		
	(N= 40)		
	LEVE n=(37)	MODERADO n=(2)	SEVERO n=(1)
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.
Función Física	70,6±37,6	25,0±14,1	¥
Dolor	69,5±30,6	36,0±7,0	51,0±¥
Salud General	55,1±8,1	54,5±3,5	57,0±¥
Vitalidad	61,3±20,2	40,0±0,0	45,0±¥
Función social	73,9±26,0	43,7±8,8	37,5±¥
Rol Emocional	72,9±45,0	50,0±70,7	0,0±¥
Salud Mental	68,7±16,3	56,0±5,6	52,0±¥
Rol Físico	65,5±46,5	50,0±70,7	0,0±¥

¥ No calculado por datos insuficientes.

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 14. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Consumo de Tabaco.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA					p-valor
	CONSUMO DE TABACO					
	Sí Fumo diariamente n=(5)	Sí Fumo, pero no diariamente n=(29)	No Fumo, pero he fumado n=(32)	No Fumo, ni he fumado de manera habitual n=(90)	No sabe/No Contesta n=(63)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	71,0±29,2	72,5±40,1	41,5±37,6	59,9±38,1	42,0±39,7	0,00
Dolor	77,8±24,3	71,5±31,9	51,3±27,6	64,5±29,4	51,5±27,7	0,00
Salud General	56,0±2,2	54,9±7,8	48,3±10,7	54,6±13,6	48,8±11,9	0,00
Vitalidad	61,0±13,8	62,0±21,1	47,6±19,7	57,2±22,0	48,3±17,0	0,00
Función social	75,0±17,6	75,0±26,3	56,2±23,1	69,0±24,0	60,1±24,2	0,00
Rol Emocional	100,0±0,0	68,9±47,0	40,6±48,4	64,8±46,1	44,9±49,7	0,00
Salud Mental	64,8±8,6	69,5±17,6	57,7±16,5	65,2±17,7	58,2±15,9	0,00
Rol Físico	100,0±0,0	65,5±46,9	36,7±47,0	60,5±47,5	42,4±49,1	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 15. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Consumo de bebidas alcohólicas.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA				p-valor
	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS				
	Suelo beber alcohol habitualmente n=(15)	Suelo beber, pero no de forma habitual n=(53)	Nunca he tomado, soy abstemio n=(80)	Solía beber alcohol, pero dejé de hacerlo n=(71)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	52,3±35,2	91,7±20,5	49,0±38,6	31,8±33,4	0,00
Dolor	63,1±25,7	83,1±23,2	58,8±29,0	43,6±24,3	0,00
Salud General	51,0±6,9	59,8±7,8	51,0±14,5	47,8±10,3	0,00
Vitalidad	50,0±17,4	71,4±16,7	52,5±20,3	43,5±15,6	0,00
Función social	73,3±18,8	85,1±17,3	63,4±25,0	51,5±20,1	0,00
Rol Emocional	71,1±45,1	91,8±26,8	51,6±50,0	33,8±45,2	0,00
Salud Mental	59,4±12,7	78,5±12,6	60,9±17,1	53,5±12,9	0,00
Rol Físico	63,3±47,1	86,7±33,1	51,5±49,7	28,5±42,9	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

Tabla 16. Características de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a los antecedentes personales de estilos de vida. Tipo de ejercicio físico o actividad habitual.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA					p-valor
	TIPO DE EJERCICIO FÍSICO O ACTIVIDAD HABITUAL					
	Sentado la mayor parte de la jornada n=(39)	De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos ni esfuerzos n=(17)	Caminando llevando algún peso, desplazamiento frecuente n=(27)	Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico n=(15)	No sabe/No Contesta n=(121)	
	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	Media y Desv. típ.	
Función Física	21,7±29,3	64,7±35,1	84,2±26,4	92,6±19,5	51,4±38,9	0,00
Dolor	40,8±18,5	71,4±30,7	78,0±26,1	86,9±21,7	57,3±29,4	0,00
Salud General	44,6±10,8	58,2±18,3	56,4±7,6	60,0±9,4	51,7±11,4	0,00
Vitalidad	42,8±13,6	60,2±26,0	65,1±16,4	76,0±17,7	51,4±19,7	0,00
Función social	48,7±17,3	72,7±25,4	81,9±18,7	85,8±21,0	63,7±24,3	0,00
Rol Emocional	28,2±42,9	64,7±49,2	86,4±32,3	93,3±25,8	53,9±49,3	0,00
Salud Mental	53,4±11,6	67,2±20,3	72,0±13,0	81,3±13,9	60,6±17,0	0,00
Rol Físico	27,5±42,4	64,7±45,1	77,7±40,6	88,3±31,1	50,4±49,6	0,00

Desv. típ.=desviación típica o estándar

3.7 ANÁLISIS BIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE TIPO PROXIMAL SOCIO DEMOGRÁFICO.

Para la realización del análisis bivariado se tuvo en cuenta las variables que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) durante la comparación de medias, además se reagruparon algunas variables como nivel educativo, ocupación, estado civil, consumo de tabaco y actividad física o habitual. Las categorías de referencia se estimaron de acuerdo a la literatura disponible

Con respecto a los grupos de edad se observa que a partir de los 46 años, existe una asociación estadísticamente significativa, dado que a medida que se avanza en edad se observa un peor estado de salud ($p < 0,05$), cuando se asume la edad como variable cuantitativa continua se observa una tendencia lineal, evidenciado que a mayor edad se tiene una calidad de vida no aceptable (OR 0,90 [0,88-0,93] $p < 0,01$). En cuanto al sexo no se evidencia asociación estadísticamente significativa entre un mejor estado de salud o un peor estado de salud. (Tabla 17)

En lo que respecta al nivel educativo de los sujetos a partir de estudios secundarios tienen una calidad de vida relacionada con la salud aceptable, además se observa que al incrementar los años de estudio mejora la percepción positiva del estado de salud o calidad de vida relacionada con la salud (OR 9,22 [1,11-76,0] $p < 0,03$), al analizar la variable de nivel educativo de forma cuantitativa continua se aprecia una tendencia lineal positiva, es decir a más estudios mejor estado de salud. (OR 2,17 [1,59-2,97] $p < 0,01$). (Tabla 17)

En el estrato alto, refieren peor percepción del estado de salud (OR 0,46 [0,22-0,96] $p = 0,04$). (Tabla 17). Con respecto a la ocupación quienes están pensionados

o jubilados refieren peor percepción de calidad de vida (OR 0,29 [0,13-0,62] $p<0,01$) y quienes trabajan presentan mejor percepción de calidad de vida (OR 3,567 [1,72-7,35] $p<0,01$)

Según la unidad de servicio de atención se encontró que los sujetos hospitalizados tienen una calidad de vida no aceptable o un peor estado de salud (OR 0,27 [0,10-0,69] $p<0,01$). (Tabla 17)

Tabla 17. Análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud global y su relación con los factores sociodemográficos.

Factores Sociodemográficos	<i>n</i>	Odds ratio	Intervalo de Confianza al 95%		p-valor
			Inferior	Superior	
Edad	20-35	42	Ref.		
	36-45	25	0,12	1,21	0,07
	46-55	32	0,10	0,92	0,04
	56-65	30	0,04	0,05	0,003
	66-75	38	0,01	0,081	0,00
	76-85	37	0,004	0,00	0,00
	86 y más	15	0,004	0,045	0,00
	Tendencia lineal		0,90	0,93	0,00
Sexo	Hombre	122	0,61	1,06	0,08
Nivel Educativo	Sin estudios	10	Ref.		
	Básica primaria	46	6,92	59,23	0,077
	Secundaria	83	9,22	76,06	0,039
	Técnico/ tecnológica	57	25,20	216,0	0,003
	Superior	23	60,0	658,7	0,001
	Tendencia lineal		2,17	2,97	0,000
Estrato	Bajo	99	Ref.		
	Medio	77	1,01	1,87	0,95
	Alto	43	0,46	0,96	0,04
Ocupación	Hogar/ Estudiantes	99	Ref.		
	Pensionado	77	0,29	0,62	0,001
	Trabajan	43	3,56	7,35	0,001
Estado civil	Tiene pareja	160	0,64	1,17	0,15
Tipo de cardiopatía isquémica		147	1,28	2,27	0,39
Unidad de servicio de atención		31	0,27	0,69	0,007

3.8 ANÁLISIS BIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD.

Los que tienen antecedente familiar de hipertensión arterial (OR 2,42 [1,34-4,36] $p<0,01$) y diabetes (OR 2,36 [1,34-4,14] $p<0,01$) presentan una mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud dos veces y media que los que no refieren tener el antecedente. (Tabla 18)

Tabla 18. Análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud global y su relación con los antecedentes familiares de morbilidad.

Antecedente familiar de Morbilidad	n	Odds ratio	Intervalo de Confianza al 95%		p-valor
			Inferior	Superior	
Hipertensión Arterial	43	2,42	1,34	4,36	0,003
Diabetes	80	2,36	1,34	4,14	0,003

3.9 ANÁLISIS BIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA.

Los sujetos que fuman refieren o expresan una peor una calidad de vida relacionada con la salud comparados con quienes no fuman (OR 0,41 [0,18-0,89] $p<0,05$). (Tabla 19)

En cuanto al consumo de alcohol se observa que para los sujetos que suelen beber alcohol pero no lo hacen de manera habitual, presentan una calidad de vida relacionada con la salud aceptable o perciben un mejor estado de salud (OR 14,3 [4,1-49,8] $p<0,01$). Mientras, que los que aquellos que solían ingerir bebidas alcohólicas pero dejaron de hacerlo presentan una calidad de vida relacionada con la salud no aceptable (OR 0,38 [0,19-0,75] $p<0,01$). (Tabla 19)

En relación al ejercicio físico o actividad habitual se observa que los sujetos que pasan sentados la mayor parte del tiempo muestran una calidad de vida relacionada con la salud no aceptable (OR 0,02 [0,002-0,1869] $p<0,01$). (Tabla 19)

Tabla 19. Análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud global y su relación con los antecedentes personales de estilos de vida.

Antecedentes personales de Estilos de Vida		<i>n</i>	Odds ratio	Intervalo de Confianza al 95%		p-valor
				Inferior	Superior	
Consumo de bebidas alcohólicas	Fuma	30	0,41	0,18	0,89	0,026
	Suelo beber alcohol habitualmente	15	1,72	0,53	5,49	0,35
	Suelo beber, pero no de forma habitual	53	14,3	4,1	49,8	0,000
	Solía beber alcohol, pero dejé de hacerlo	71	0,38	0,19	0,75	0,005
	Nunca he tomado, soy abstemio	80	Ref.			
Tipo de ejercicio físico o actividad habitual	Sentado la mayor parte de la jornada	39	0,02	0,002	0,186	0,00
	De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos ni esfuerzos	17	0,17	0,01	1,67	0,13
	Caminando llevando algún peso, desplazamiento frecuente	27	0,57	0,05	6,03	0,64
	Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	15	Ref.			

3.10 ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE TIPO DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (PROXIMAL).

Para la realización del análisis multivariante se tuvo en cuenta todas las variables que en el análisis bivariado obtuvieron un *p-valor* menor a 0.05. Se tuvo en cuenta la variable sexo por ser de confusión. Se mantuvieron siempre la edad en grupos decenales, el nivel educativo se reagrupó, al igual que la ocupación.

La mejor percepción de salud se presenta en quienes refieren estudios técnicos o tecnológicos (OR 21,6 [1,17-398,73] $p<0,03$). La peor percepción de salud se relaciona con la edad a partir de los 56 años en adelante ($p<0,05$) y quienes se encuentran hospitalizados (OR 0,15 [0,03-0,64] $p<0,01$) ajustados por sexo, edad en grupos, nivel educativo, estrato, hospitalización, hábito de fumar, consumo de alcohol, antecedentes familiares de diabetes e hipertensión. (Tabla 20)

Tabla 20. Análisis multivariado de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con los determinantes sociales de la salud de tipo proximal sociodemográficos.

Determinantes Sociales de la Salud de Tipo Proximal		n	Odds ratio	Intervalo de Confianza al 95%		p-valor
				Inferior	Superior	
Edad	20-35	42	Ref.			
	36-45	25	0,13	0,01	1,75	0,12
	46-55	32	0,12	0,00	1,75	0,12
	56-65	30	0,08	0,00	1,05	0,05
	66-75	38	0,02	0,00	0,29	0,00
	76-85	37	0,00	0,00	0,11	0,00
	86 y más	15	0,02	0,00	0,39	0,01
Sexo	Masculino	122	1,33	0,46	3,81	0,58
Nivel Educativo	Sin estudios	10	Ref.			
	Básica primaria	46	7,14	0,42	119,37	0,17
	Secundaria	83	8,51	0,52	137,42	0,13
	Técnico/ tecnológica	57	21,6	1,17	398,73	0,03
	Superior	23	6,20	0,21	182,70	0,29
Ocupación	Hogar/ Estudiantes	59	Ref.			0,38
	Pensionado	66	0,47	0,13	1,63	0,23
	Trabajan	94	0,97	0,27	3,40	0,96
Unidad de servicio de atención		31	0,15	0,03	0,64	0,01
Hipertensión Arterial		141	2,34	0,93	5,88	0,06
Diabetes		80	1,01	0,43	2,39	0,96
Fuma		30	0,47	0,13	1,69	0,25
Consumo de bebidas alcohólicas	Suelo beber alcohol habitualmente	15	2,59	0,48	13,92	0,26
	Suelo beber, pero no de forma habitual	53	8,88	1,68	46,92	0,01
	Solía beber alcohol, pero dejé de hacerlo	71	1,77	0,61	5,09	0,28
	Nunca he tomado, soy abstemio	80	Ref.			

4. DISCUSION

En este estudio participaron 219 pacientes representados de manera proporcional por sexo y grupo étnico. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para los ocho elementos del SF36 fue de 0,92, se estimó este indicador para mirar la consistencia del instrumento, demostrando alta fiabilidad y validez al presente estudio. Este hallazgo, representa un estimador excelente, muy por encima del estimador (0,80); por lo tanto las estimaciones reflejan una apropiada estimación del conjunto.

En relación a las características sociodemográficas de los sujetos con cardiopatía isquémica, se estimó en el estudio de Zuazagoitia (65) una edad media de $55,9 \pm 12,0$, dato parecido a estudios realizados por Gambin (67), Días (72), Galliani (73), Castillo (64) y los hallazgos de nuestro estudio; además, guardan similitud con los hallazgos de Cayetano (75) y Permanyer (69) quienes aplicaron este instrumento en sujetos hospitalizados en el Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona y Hospital Clínico de Valladolid España y Hospitales públicos y privados de Cataluña en España. Mientras que en otros estudios como el de Alcántara (68) se valoró en sujetos ambulatorios; por lo tanto el efecto de la edad probablemente variará en función de efecto mórbido de los sujetos.

En cuanto al sexo de los sujetos con cardiopatía isquémica en estudios como el de Soriano y colaboradores (66) se estimó que el 59.9% de los sujetos eran hombres, dato que se relaciona con nuestro estudio y otros estudios realizados en pacientes con cardiopatía isquémica como el de Sun Min Lai (62) y Gema (74). En los estudios revisados las mujeres se estiman en una menor proporción, antecedente que puede estar relacionado con la fisiopatología de la cardiopatía isquémica, teniendo en cuenta la publicación de Rohlf's Izabella y Colaboradores (85) se

evidencia que las mujeres presentan la enfermedad en edades más avanzadas que los hombres y asociada a mayor comorbilidad y gravedad.

Lo anterior se ratifica en la investigación de Barrantes M (5) donde los sujetos con cardiopatías según las características sociodemográfica de edad y sexo muestran similitudes con nuestros resultados, identificándose que a mayor edad se reduce las puntuaciones de las dimensiones de calidad de vida. Así mismo, el hecho de ser mujer, influye en la presentación de menores puntuaciones en las distintas dimensiones de calidad de vida y se relacionan con la presencia de comorbilidad, en los eventos de hipertensión y diabetes.

En cuanto al nivel educativo se evidencia estudios como el de Gambin y colaboradores (67) y Zuazagoitia (65) los sujetos cursaron secundaria en 39% y 62,5% respectivamente, relacionándose estos dato con las mediciones de nuestros estudios.

En investigaciones como la de Barrantes (5), Cruz (71), Días (72), Galliani (73) y Gambin (67) y los colaboradores de cada una de ellas, se observó que la mayor proporción de los sujetos estaban en estado civil en pareja, los cuales se caracterizaron por tener mejores puntuaciones de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, inferencias iguales que las de nuestro estudio.

Por otro lado en los estudios de Zuazagoitia (65) y Gambin y colaboradores (67) se estimó la variable de ocupación, evidenciando que los sujetos pensionados representaban el 35% y 25% respectivamente, además se identificó que estos sujetos presentaban puntuaciones bajas de calidad de vida relacionada de la salud, lo anterior muestra las similitudes a los resultados obtenidos en nuestro estudio. Todo esto puede estar relacionado a la alta prevalencia de cardiopatía

isquémica en los sujetos clasificados como adultos mayores que corresponden a la población pensionada o jubilada.

En general en lo que se refiere a las características sociodemográficas de los sujetos estudiados en nuestro estudio se observa que la edad, sexo, nivel educativo, estado civil y ocupación, fueron las que presentaron variabilidades significativas en relación a las dimensiones de la calidad de vida relacionada de salud, principalmente la variable edad y sexo hallazgos muy parecidos a los estudios de Barrantes (5), Zuazagoitia (65) Soriano y colaboradores (66) Rohlgs Izabella y Colaboradores (85)

Con respecto a la estimación global de cada una de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, los hallazgos coinciden con las estimaciones encontrada por Barrantes M en la Unidad Coronaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M, en Lima-Perú, (5) en donde, los componentes de vitalidad (54,9 vrs 53,9), salud mental (62,9 vrs 62,7) y rol físico (55,0 vrs 53,4) reflejan similar magnitud. De otra parte los componentes afectados con menor puntuación en nuestro estudio corresponden con: dolor (60,1 vrs 71,2), función social (65,5 vrs 76,2), rol emocional (56,9 vrs 64,1) y función física (54,0 vrs 59,1); en contraste con salud general que en los sujetos colombianos reflejan una mejor percepción (52,1 vrs 40,4).

En relación al estudio de Alves Da silva y colaboradores (60) se observan diferencias comparando los otros países y Brasil, en este último caso en los sujetos que tienen menos de dos meses del padecimiento se observan similitudes en salud general, salud mental, vitalidad y función social. Menores puntuaciones en dolor y mayor puntuación en rol emocional. Mientras que para los sujetos con más de dos meses hay grandes variaciones dado que nuestros valores estarían por debajo de las estimaciones en salud mental, vitalidad, función social, dolor y

los componentes de rol emocional y salud mental, ya que están con puntuaciones más altas en nuestros sujetos. Asimismo, al comparar otros países los componentes de salud general, salud mental, vitalidad, función social, dolor y rol emocional las puntuaciones están muy por encima de la nuestra demostrando estos que tienen una mejor calidad de vida.

Para Sue Min Lai y colaboradores (61) que valoro función física y social con el SF-36 en pacientes post infartados reflejan menores puntuaciones que las encontradas en nuestro estudio, muy similar al estudio de Kim et al (63) en los componentes de función física, dolor, rol emocional y función social, mientras que la salud general fue ligeramente mejor que la de nuestros sujetos. (63)

En el estudio realizado por Román A. (62) se identifica que las dimensiones de salud general (54,0 vrs 40), vitalidad (53,9 vrs 39,5), y función física (54,0 vrs 49,0) presentaron menores puntuaciones a las de nuestro estudio, evidenciando que la población colombiana tiene mejor calidad de vida en relación a estos componentes. Sin embargo se observa mejores puntuaciones en relación a las dimensiones de función social (65,5 vrs 69,0), dolor (60,1 vrs 65,0) y rol emocional (56,9 vrs 71,0), mientras que para los componentes de salud mental (62,7 vrs 63,0) y rol físico (53,4 vrs 52) se obtuvieron unas puntuaciones similares a las de nuestro estudio.

En relación al estudio realizado por Castillo y colaboradores (64) que evaluaron las dimensiones de función social (65,5 vrs 63,2), función física (54,0 vrs 56,4) se evidencia una estimación parecida a la de nuestros sujetos, mientras que para el rol emocional (56,9 vrs 75,3) se observó que los sujetos de nuestro estudio presentaron puntuaciones más bajas, evidenciando mala percepción de calidad de vida relacionada con la relación de acuerdo a este último componente.

Para las estimaciones obtenidas en la investigación de Zuazagoitia (65) se observa una diferencia marcada en cuanto a las altas puntuaciones de las dimensiones de salud mental (62,7 vrs 67,8), vitalidad (53,9 vrs 60,9), función social (65,5 vrs 80,1), dolor (60,1 vrs 69,7), función física (54,0 vrs 80,5) y rol emocional (56,9 vrs 70,7) mostrando la mala percepción de calidad de vida respectivamente a estos componentes; sin embargo en cuanto a la dimensión de rol físico y salud general se identifica puntuaciones similares a las obtenidas en nuestro estudio.

Por su parte, Cayetano y colaboradores (75) realizó mediciones de calidad de vida relacionada con la salud realizada en sujetos con previa intervención quirúrgica cardíaca, obteniendo menores puntuaciones para los componentes de salud general, rol físico y dolor en comparación con nuestro estudio. Mientras que para la salud mental, función social, función física y rol emocional se obtuvo una percepción de mejor calidad de vida, y se identificó similitud en cuanto a la dimensión de vitalidad en asimilación a la de nuestros sujetos.

Permanyer y colaboradores (69) aplicaron el cuestionario SF36 en pacientes con cardiopatía isquémica, en el cual obtuvieron mayores puntuaciones de todas las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, en relación a nuestros sujetos, evidenciando que los colombianos con padecimiento de cardiopatía isquémica presentan peor percepción de calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los cardiópatas de Cataluña-España.

5. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió evidenciar el efecto de la cardiopatía isquémica sobre la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con variables sociodemográficas y antecedentes familiares de comorbilidad en pacientes que acuden a la unidad de cardiología de la Organización Clínica General del Norte Cartagena, por tal de los hallazgos obtenidos y discusión realizada se concluye que:

En relación a las características sociodemográficas de los sujetos estudiados, el perfil de la población se caracteriza por un sujeto con una edad media fue $57,5 \pm 20,2$ años, preferencialmente hombre, un tercio de ellos con estudios de secundaria, casi tres cuartas partes refieren vivir en pareja y el 30% son pensionados o jubilados. En cuanto los antecedentes familiares de morbilidad en primer grado de consanguineidad el más relevante corresponden a la hipertensión arterial 64,4% (IC al 95%: 57,8%-70,9%).

Por lo anterior, se puede estimar que los hombres expresaron mejores puntuaciones de calidad de vida para todas las dimensiones, siendo los componentes de función física y salud mental al igual que menor expresión de dolor cuando se comparó con las mujeres. Sin embargo, la mayor sobrevida de las mujeres plantea que expresan peores puntuaciones, más dolor y presentan una mayor sobrevida. Por lo que se debe vigilar más de cerca a partir de los 58 años los efectos de cardiopatías en los varones e instaurar de manera sistemática esta métrica en la consulta externa cardiovascular.

En lo que se refiere a los antecedentes personales de estilos de vida con respecto al hábito de fumar de manera global el 17,4% (IC al 95%:12,1%-22,5%) manifestaron que fuman. El del consumo de bebidas alcohólicas solo el 36,5% (29,9%-43,1%) de los sujetos estudiados manifestó que nunca ha tomado alcohol o es abstemio y 15,5% (IC al 95%:10,5%-20,5%) de los sujetos afirmaron ser sedentarios. Estos hallazgos son similares a los resultados de encuestas nacionales, por lo tanto la caracterización de estilo de vida del sujeto cardiópata no difiere del ciudadano en general en Colombia.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con las características sociodemográficas se observó que los sujetos que tienen la mejor percepción de salud son aquellos con estudios técnicos o tecnológicos (OR 21,6 [1,17-398,73] $p<0,03$).

La peor percepción de salud se relaciona con la edad a partir de los 56 años en adelante ($p< 0,05$) y quienes se encuentran hospitalizados (OR 0,15 [0,03-0,64] $p<0,01$). Estos resultados permiten inferir que el nivel educativo ejerza una variación en la percepción y el efecto contrario está relacionado con la edad, a mayor edad menor percepción de la calidad de vida posiblemente dado por el deterioro y el hecho de estar hospitalizado.

No obstante, otras variables abordadas en este estudio no se exploran en otras latitudes, relacionadas con el aseguramiento, antecedentes familiares de eventos y antecedentes cardiovasculares, la etnia y la actividad física en sujetos con cardiopatía.

6. RECOMENDACIONES

Esta investigación permite generar una línea base para acompañar el proceso de valoración no clínica del paciente cardíopata. A pesar, que no buscó estimar causalidad, los resultados permitirán que el clínico oriente implementar esta métrica tanto para hombres a partir de los 58 años como para las mujeres.

Es prioritario, que los clínicos adopten esta medición rutinaria que permita ver cambios de las métricas que permita favorecer intervenciones desde el campo de psicología y de trabajo social y terapia física. Así mismo, un acompañamiento desde la consejería en salud mental y con el manejo del dolor.

A fin de avanzar en esta línea de investigación se recomendaría profundizar este estudio en la modalidad de seguimiento que permita de una parte monitorizar e identificar puntos de cambios en las métricas y favorezca ajustes en el tratamiento del cardíopata de cara con los resultados de las puntuaciones de calidad de vida.

Así mismo, es importante avanzar en el conocimiento de la métrica de calidad de vida valorando el efecto de la etnia en otras poblaciones de nuestro país, ampliar los sujetos de estudio y valorar el efecto de otras formas de aseguramiento que favorezca una mejor discriminación. Por lo tanto, sería interesante agregar otras variables no abordadas, tales como tipo de medicamento, cambios frecuentes de fármacos, oportunidad en la atención y fidelidad.

7. BIBLIOGRAFIA

1. et al. Hernández Valdés E, Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con cardiopatía isquémica, revascularizados por vía percutánea. Rev. Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2010 [consulta el 22 de junio de 2011]; 16(2):171-76. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_2_10/car07210.htm
2. Botero de Mejía BE, Picón Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. [Internet]. 2007 [consulta el 22 de junio de 2011]; 12:11-24. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf
3. Soto M. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. [Internet]. 2004 [consulta el 22 de junio de 2011]; 11 (8): 505-514. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/revision2.pdf>
4. Zapata D, Estrada A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización. [Internet]. 2010 [consulta el 26 de junio de 2011]; 30: 492-500. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=70693&id_seccion=3845&id_ejemplar=7057&id_revista=232
5. Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. . [Internet]. 2010 [consulta el 26 de junio de 2011]; 21(3). Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2010000300003&script=sci_arttext

6. Vargas R, Ordoñez E, Montalvo O, Díaz V. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. [Internet]. 2007 [consulta el 26 de junio de 2011]; 5 (1). Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2884812...0
7. Romero E. Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto agudo de miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. . [Internet]. 2009 [consulta el 26 de junio de 2011]; Disponible en: <http://www.scc.org.co/REVISTASCC/v17/v17n2/body/v17n2a2.htm>
8. Et al Soto M. Factores predictores de los componentes físico y mental de la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. [Internet]. 2003 [consulta el 26 de junio de 2011]; 17 (2) : 51-198Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v17nSupl.2a13051568pdf001.pdf>
9. Peláez V, Figueroa C, Ramos B. Impacto de la depresión y la ansiedad en la calidad de vida
10. Relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia cardiaca. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet]. 2010 [consulta el 26 de junio de 2011]; Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/969/1/41cof2445662.pdf>

11. Et al Vera G. Angiogénesis terapéutica en la cardiopatía isquémica. Revista de Bioingeniería. [Internet]. 2001 [consulta el 26 de junio de 2011]; Disponible en: <http://www.fac.org.ar/revista/01v30n2/vera/vera.PDF>
12. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Rehabilitación basada en ejercicios para la cardiopatía coronaria (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, Oxford: Update Software Ltd. [Internet]. 2008 [consulta el 26 de junio de 2011]; 1(2) Disponible en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001800>
13. Banegas J, Rodríguez F. Insuficiencia cardíaca e instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Española de Cardiología. [Internet]. 2008 [consulta el 26 de junio de 2011]; 61(3) Disponible en: <http://www.revespcardiologia.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/insuficiencia-cardiaca-e-instrumentos-medir-calidad-vida-13116649-editoriales-2008>
14. Et al, Castaño Y. Ejercicio físico supervisado para pacientes coronarios en atención primaria. Resultados basales en la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Enfermería en Cardiología. [Internet]. 2008 [consulta el 26 de junio de 2011]; 42-43(1 y 3) Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4311.pdf>
15. Et al, Alarcón F, Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Revista Medicina de Familia España. [Internet]. 2009 [consulta el 26 de junio de 2011]; 1 (2) Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/v2n1/029-034.pdf>

16. García L, Pedrosa A, Linetorvá R, Serrano P. Efectividad y coste-efectividad de la rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica en el ámbito extra-hospitalario. Plan de calidad 2006. [Internet]. 2006 [consulta el 26 de junio de 2011]; 12 Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=3a02aeed-1fde-11e0-964e-f5f3323ccc4d&idCarpeta=9febbbdd-e73a-11df-bebe-cb4e35e0558b>
17. Niedfeld G. SALUD, ACTIVIDAD FÍSICA Y NUTRICIÓN PARA ADULTOS MAYORES. Ministerio de Salud Argentina. . [Internet]. 2010 [consulta el 26 de junio de 2011]; Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/SaludActiva/Materiales_descargas/adultos_mayores/PROGRAMA_SALUD_ACTIVIDAD_FISICA_Y_NUTRICION_PARA_ADULTOS_MAYORES.pdf
18. García F, Alfaro A, Moreno J. Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. Revista Clínica de Medicina Familiar. [Internet]. 2009 [consulta el 26 de junio de 2011]; 2(6) Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=43>
19. Martínez M, Pérez L, Sanabria G. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Revista de Cuba. [Internet]. 2008 [consulta el 26 de junio de 2011]; 26(1)1-10 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol_26_1_10/mqi16110.htm
20. Hernández M, Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de pacientes con enfermedad coronaria que asisten al programa de rehabilitación cardíaca de la clínica Fray Bartolomé de las casas (Hospital Simón Bolívar) de

- la ciudad de Bogotá – Junio de 2008 a noviembre de 2009. [Internet]. 2010 [consulta el 26 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2488/1/597850.2010.pdf>
21. Tiesca R, Centeno H, Ossa M, García N, Lobo J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). . [Internet]. 2009 [consulta el 26 de junio de 2011]; 24(1): 53-63 Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/6_Calidad_de_vida_ado.pdf
 22. Et al, Valderrama G. Calidad de vida en pacientes postinfarto de miocardio en cuatro unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia. [Internet]. 2009 [consulta el 26 de junio de 2011]; 12(2) Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120209/Calidaddevidaenpacientespostinfarto.htm>
 23. Blanco Restrepo J, Maya Mejía J. Fundamentos de Salud Pública: Tomo I. 1era Edición. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997. Pág. 75-95.
 24. Alcaldía Mayor de Cartagena [Internet]. Colombia: Perfil Epidemiológico de Cartagena de Indias. 2009 [consulta el 26 de junio 26 de 2011]. Disponible a: http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/perfil_epidemiologico_2009.pdf
 25. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. Revista de Ciencias y Enfermería. [Internet]. 2003 [consulta el 26 de junio de 2011]; 9 (2): 9-21 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>

26. Et al, Rajmil L, Instrumentos de calidad de la vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. . [Internet]. 2006 [consulta el 26 de junio de 2011]; Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/da0601es.pdf>
27. Borgues L, Mukodsi M, Gonzalez J, Bisquet C. Calidad de vida relacionada con la salud. Revista Indexmedico Escuela cubana de medicina [Internet]. 2008 [consulta el 26 de junio de 2011]; Disponible en: http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion8/salud_calidad/borges_oquendo.htm
28. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2003 [consulta el 26 de junio de 2011]; 35 (2): 161-164 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80535203.pdf>
29. Millán R, Gomez C, Gil F, Oviedo G, Villegas F. Calidad de vida relacionada con la salud de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, seis unidades renales de Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2009 [consulta el 26 de junio de 2011]38 (4): 622-634 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80615450004>
30. Tiesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista salud de la Universidad del Norte. Rev. Fac. Nac. Salud Pública <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/817/81702108.pdf>
31. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en la salud SF-36 en Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud

Pública. Internet]. 2006 [consulta el 26 de junio de 2011]; 24(2): 37-50
Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12024205.pdf>

32. Organización Mundial de la Salud España [Internet]. Determinantes sociales
2011 [consulta el 26 de junio de 2011].
http://www.who.int/social_determinants/es/

33. García J. En: Salud Pública y Epidemiología. Manual de dirección médica y
gestión clínica; 2006 [consulta el 26 de junio de 2011]. Disponible a:
[http://books.google.com/books?id=YObh_ZDyesgC&printsec=frontcover&hl=es
&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=YObh_ZDyesgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

34. Hernández M. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de
pacientes con enfermedad coronaria que asisten al programa de rehabilitación
cardíaca de la clínica Fray Bartolomé de las casas (Hospital Simón Bolívar) de
la ciudad de Bogotá-Junio de 2008 a noviembre de 2009. 2009[consulta el 26
de junio de 2011]. Disponible a:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2488/1/597850.2010.pdf>

35. Castells E, Bosca A, García C, Sánchez M. Hipertensión Arterial. 2009[consulta
el 26 de junio de 2011]. Disponible a:
[http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%
20Emergencias/htaurg.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf)

36. Solar O. Los determinantes sociales y la formulación de políticas públicas .
2008 [consulta el 26 de Septiembre de 2011]. Disponible a:
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3484/solar2010.pdf>

37. Bioestadística, estudios de prevalencia o transversal [Internet]. Universidad Carlos III de Madrid, Departamento de Estadística [consulta el 29 de Septiembre de 2011]. Disponible en: http://epidemiologiaanimalhumana.com/yahoo_site_admin/assets/docs/estudios_de_prevalencia.117100628.pdf
38. Muestreo Aleatorio simple [Internet] Universidad de España Capitulo 1[consulta el 29 de Septiembre de 2011]. Disponible en: http://matematicas.unex.es/~inmatorres/teaching/muestreo/assets/Cap_3.pdf
39. Fuentelsaz C. Cálculo del tamaño de la muestra. Matronas Profesión [Internet]. 2004 [consulta 29 de septiembre de 2011]; 5(18). Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/publicaciones/calculo_muestra.pdf
40. Blanco J, Maya J. Fundamentos de Salud Pública. Epidemiología básica y principios de investigación. 2ª. Ed. Medellín: CIB 2010. Pág. 72-73.
41. Hernández M, Garrido F, Salazar E. Sesgos en Estudios epidemiológicos. [Internet]. 2000 [consulta 29 de septiembre de 2011]; 42(5). Disponible en: http://www.ine.gov.ar/biblio_pdfs/epi5.pdf
42. Caravanasdenayarit. [Internet]. México; 2010 [consulta 9 de diciembre 2011] Disponible en: http://www.caravanasdenayarit.com.mx/documentos/CUESTIONARIO_SALUD_SF-36.pdf
43. Molinello H. Emociones y enfermedad cardiovascular. Avances en psiquiatría biológica. [Internet]. 2007 [consulta el 26 de mayo de 2012]; vol. 8: 114-123.

Disponible

en:

<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol8/emociones.pdf>

44. Departamento de Psiquiatría. Cardiopatía Isquémica. Universidad de Zaragoza. [Internet]. 2010 [consulta el 26 de mayo de 2012]; vol. 16. Disponible en: http://www.unizar.es/departamentos/medicina_psiquiatria/primer_ciclo/doc/16_CARDIOPATIA_ISQUEMICA.pdf
45. Et al, TUESCA R. Calidad de Vida relacionada con la Salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). Revista de Salud Uninorte [Internet] 200 [consulta el 26 de mayo de 2012]; 24(1) 53-63 Disponible en: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:TsNyniq41JgJ:rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/3819/2430+calidad+de+vida+relacionado+con+la+salud+en+adolescentes&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESgQGUBhSOjWTHnM_gB8OR05tAbXN1L5qadSV7kB27Dg0sJ3C0LehVmNXgzWwtxqcrgDhlGUAWhQVUjW9p-JxdUZS4cNfRwT9APR7XiFph-UEQ6ioD1H_MEx8DM97IF1x8f18mIC&sig=AHIEtbRM_PS1saSIdAsi6rhuhirIB3uSvw
46. Et al, Alvaran L. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Sociedad Chilena de Psicología Clínica [Internet] 2010 [consulta el 27 de mayo de 2012]; 28(1) 27-36 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v28n1/art03.pdf>
47. Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. Rev. Med Hered. [Internet] 2010 [consulta el 27 de mayo de 2012]; 21(3) 27-36 Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2010000300003&script=sci_arttext

48. Casal J, Mateu E. Los sesgos y su control. Rev. Epidem. Med.Preve. [Internet] 2003 [consulta el 27 de mayo de 2012]; 1: 27-36 Disponible en: http://www.epidemio.com/epidemio/img/datos/21_06_59_3LosSesgos41.pdf
49. Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary heart disease. J Clin Epidemiol 2000; 53: 359-365.
50. Lara L, Segura C. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. Revista de diagnóstico e intervenciones de enfermería en el paciente con cardiopatía isquémica. [Internet] 2009 [consulta el 5 de junio de 2012]; 46(1) 17-22 Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4602.pdf>
51. Brito L, Gómez A, Barbosa A. Eficacia del cateterismo cardiaco ambulatorio en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista científico estudiantil de ciencias médicas de cuba. [Internet] 2010 [consulta el 5 de junio de 2012]; 49(16) Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/225/articulo2.html>
52. Meriño E, Hierro D, Herrera A, Nassif A. Utilidad de la asociación entre factores de riesgo cardiovasculares y la aterosclerosis carotídea en el diagnóstico de cardiopatía isquémica. Revista de Medicina en Cuba. [Internet] 2007 [consulta el 5 de junio de 2012]; 44(1) 3-4 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med043-405.htm

53. Caceres F. Cardiopatía isquémica en el adulto Joven. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. [Internet] 2004 [consulta el 5 de junio de 2012]; 3(2) 1-4 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie01204.pdf
54. Zenón M, Escalante J, Stella M. Detección precoz de factores de riesgo para enfermedad coronaria en adultos jóvenes y medios. Universidad Nacional del Nordeste , comunicaciones científicas y tecnológicas. . [Internet] 2007 [consulta el 5 de junio de 2012]; 115 Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-115.pdf>
55. Factores de riesgo en la cardiopatía isquémica [Internet]. Universidad Rey Juan Carlos; 2005. [consulta el 6 de junio de 2012] Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=zVPNEddsxeAC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=pacientes+fumadores+con+cardiopatia+isquemica&source=bl&ots=zrmdL6EjD4&sig=wFsyIVDp7pHLYjVYbbKpnm4TXLs&hl=es&sa=X&ei=gL7PT7qHGIn26AHx2f2CDA&ved=0CGUQ6AEwBQ#v=onepage&q=pacientes%20fumadores%20con%20cardiopatia%20isquemica&f=true>
56. Et al, Acuero R. Guía práctica elaborada por la Sección Tabaquismo de la Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires. Revista del tórax. [Internet] 2007 [consulta el 6 de junio de 2012]; 13(1) 11-27 Disponible en: <http://www.stnba.org.ar/pages/pdf/13/11.pdf>
57. Romero E. Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto agudo de miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. Revista Colombiana de Cardiología. [Internet] 2010 [consulta el 10 de junio de 2012]; 17(2) 41-46 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v17n2/v17n2a2.pdf>

58. Fundamentos de Salud Pública. [Internet] Medicinaunlam; 2012 [consulta el 10 de junio de 2012]. Disponible en: http://medicinaunlam.files.wordpress.com/2012/05/ua03_determinantes-barraganmoiso.pdf
59. Manterola C. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. Revista Médica Clínica CONDES. [Internet] 2009 [consulta el 10 de Septiembre de 2012]; 20(4) 539-548 Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_4/539_estudios_observacionales.pdf
60. Et al, Alves Da silva. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud después del síndrome coronario agudo: revisión sistemática. Revista de Cardiología 2011; 97 (6):526-540. [Internet]. 2011 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n6/es_v97n6a13.pdf
61. Et al, Sue-Min Lai. Physical and Social Functioning After Stroke Comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. American Stroke Association. 2003; 34: 488-493 [Internet]. 2002 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/34/2/488.full.pdf+html>
62. Román A. Calidad de vida relacionada con la salud en una cohorte nacional de pacientes con hipertensión arterial pulmonar o hipertensión pulmonar trombo embolica crónica. Arch Bronconeumol. 2013; **49(5)**:181–188. [Internet]. 2013 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90199688&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=95&accion=L&origen=br

[onco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v49n05a90199688p
df001.pdf](http://www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v49n05a90199688p
df001.pdf)

63. Et al, Kim.

64. Et al, Castillo A. Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con cardiopatía isquémica, revascularizados por vía percutánea. **Rev. Cubana de cirugía cardiovascular**. [Internet] 2010 [consulta el 19 de julio de 2014]; 16(2) 171-176 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_2_10/car07210.htm

65. Zuazagoitia A. Impacto del ejercicio físico sobre la calidad de vida de las personas que padecen cardiopatía isquémica. [Tesis doctoral]. País Vasco España: Universidad del País Vasco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/10810/12324/1/Ana_Zuazagoitia.pdf

66. Et al, Soriano N. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Estudio IC-QoL. Revista Española de Cardiología. [Internet] 2010 [consulta el 21 de julio de 2014]; 63 (6). Pág. 668-676. Disponible en: [http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13151003&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=77&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63n06a13151003p
df001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13151003&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=77&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63n06a13151003p
df001.pdf)

67. Et al, Gambin Y. Calidad de vida en pacientes postinfarto de miocardio en cuatro unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena de indias, Colombia. Revista de actualizaciones en enfermería. [Internet] 2009 [consulta

el 21 de julio de 2014]; 12 (2). Pág. 8-13. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-122/Calidaddevidaenpacientespostinfarto2>

68. Alcántara E. Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF36. [Tesis Magíster]. Brasil. Universidade Federal de Uberlândia. Facultad de Medicina; 2005. [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en:
<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/2640/1/QualidadeVidaInfarto.pdf>
69. Et al, Permanyer M. Cardiopatía Isquémica Desigual perfil clínico, calidad de vida y mortalidad hospitalaria en pacientes operados de injerto aortocoronario en centros públicos y privados de Cataluña. Rev. Esp Cardiol 1998; 51: 806-815. [Internet]. 2001 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en:
http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=358&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=16&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=C511005.PDF
70. Et al, Gemma V. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19(2):135-50. [Internet]. 2001 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
71. Et al, Cruz NL. World Health Organization quality of life instrument-brief and Short Form-36 in patients with coronary artery disease: do they measure similar quality of life concepts? *Psychol Health Med.* 2009 Oct; 14 (5):619-28. [Internet]. 2002 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19844840>

72. Et al, Días C. Síndrome Coronario Aguda e Factores Preditivos de Qualidade de Vida. *Revista Port Cardiol* 2005; 24:819-831. [Internet]. 2005 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/94.pdf>
73. Et al, Gallani MC. Quality of life in coronary patients. *Rev Bras Enferm*. 2003 Jan-Feb; 56 (1):40-3. [Internet]. 2003 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14595972>
74. Et al, Gemma V. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):135-50. [Internet]. 2001 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
75. Et al, Cayetano M. Resultados clínicos y de calidad de vida de los pacientes tratados con angioplastia coronaria con balón o stent. Estudio multicentrico prospectivo. *Revista española de cardiología* Vol. 54, Núm. 5, Mayo 2001; 597-606 [Internet]. 2001 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13012806&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=48&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v54n05a13012806pdf001.pdf
76. Cuevas F. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes. [Tesis doctoral]. Tenerife España: Universidad de Laguna. Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: <ftp://tesis.bbt.k.ull.es/ccppytec/cp197.pdf>

77. Zuazagoitia A. Impacto del ejercicio físico sobre la calidad de vida de las personas que padecen cardiopatía isquémica. [Tesis doctoral]. País Vasco España: Universidad del País Vasco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011. Disponible en: http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/tesis/Ciencias_de_la_Vida/Ana_Zuazagoitia.pdf
78. Et al, Díaz V. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio. Revista ciencia y cuidado. [Internet] 2007 [consulta el 19 de julio de 2014]; 5(1) 40-50. Disponible en: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=12&ved=0CB4QFjABOAo&url=http%3A%2F%2Fdigitalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2884812.pdf&ei=B-HKU8r3LvTfsATtuoGQAw&usq=AFQjCNEFVQP1OqnKRfDCetVsqeXBTuvtzA>
79. Et al, Hernández N. Factores de Riesgo de Infarto Agudo de Miocardio en Adultos Jóvenes. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [Internet] 2012 [consulta el 19 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/3_1/3_1Infarto_miocardio.pdf
80. Et al, Jiménez M. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. Revista española de cardiología. [Internet] 2012 [consulta el 19 de julio de 2014]; 52. Pág. 467-474. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=128&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=128&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=C520702.PDF

81. Rodríguez I. Factores de Riesgo y Prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio en el hospital universitario san Ignacio. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [Internet] 2006 [consulta el 19 de julio de 2014]; 8(1-2) 88-97 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145220734008.pdf>
82. Et al, Achury D. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet] 2011 [consulta el 21 de julio de 2014]; 13 (2). Pág. 49-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145222559004.pdf>
83. Et al, Cayetano Permanyer M. Resultados clínicos y de calidad de vida de los pacientes tratados con angioplastia coronaria con balón o stent. Estudio multicentrico prospectivo. Revista española de cardiología Vol. 54, Núm. 5, Mayo 2001; 597-606 [Internet]. 2001 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: http://pdf.revespcardiolog.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13012806&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=48&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiolog.org&lan=es&fichero=25v54n05a13012806pdf001.pdf
84. Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. Journal of Clinical Epidemiology 53 (2000) 359–365. [Internet]. 2001 [consulta el 16 de Mayo de 2015]; Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Inmaculada_Failde/publication/12530922_V alidity_and_reliability_of_the_SF-

[36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease/links/00b49538310d7df50b000000.pdf](#)

85. Et al, Rohlf I. Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit 2004, vol.18, suppl.2, pp. 55-64. [Internet]. 2001 [consulta el 18 de Mayo de 2015]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v18s2/revision6.pdf>
86. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston: The Health Institute; 1994.
87. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit 2005; 19(2): 135-150.
88. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.

8. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLES INDEPENDIENTES	Definición	Fuente	Naturaleza	Escala de Medición	Codificación	Instru- mento
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) DIMENSIONES: Salud general Función física Rol físico Dolor corporal Salud mental Vitalidad Función social Rol emocional	DETERMINANTES SOCIALES DE TIPO PROXIMAL O SOCIO-DEMOGRAFICOS	Sexo	Diferenciación biológica de los sujetos en hombre y mujer	Encuesta al sujeto	Cualitativa	Nominal dicotómica	Hombre 1 Mujer 2
		Edad	Tiempo de vida	Encuesta al sujeto	Cuantitativa	Razón	Número de años
		Área de procedencia	Área geográfica de residencia	Encuesta al sujeto	Cualitativa	Nominal dicotómica	Urbana 1 Rural 2
		Estrato socioeconómico	Estratificación de acuerdo al recibo de servicio público	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Ordinal politómica	1-3-4-5 y 6
		Nivel educativo	Estratificación de acuerdo al nivel educativo formal cursado por el sujeto	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Ordinal politómica	Sin estudios 1 Sabe leer y escribir exclusivamente 2 Primaria completa 3 Primaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Secundaria incompleta 6 Técnico 7 Tecnológico 8 Nivel Superior 9
							Soltero 1 Casado 2 Unión Libre 3 Divorciado 4 Viudo 5
							Contributivo 1 Subsidiado 2 Excepción 3 No afiliado 4
							Estudiante 1 Empleado 2 Ama de casa 3 Independiente 4
		Estado civil	Condición personal de acuerdo a vínculo con otra persona	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Nominal politómica	
		Régimen de afiliación	Incorporación al sistema general de seguridad social en salud	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Nominal politómica	
		Ocupación	Conjunto de acciones dirigidas a una actividad específica	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Nominal politómica	

Encuesta
estructura
da
(Instrumen
to SF-36)

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) DIMENSIONES: Salud general Función física Rol físico Dolor corporal Salud mental Vitalidad Función social Rol emocional	DETERMINANTES SOCIALES DE TIPO PROXIMAL O SOCIO- DEMOGRAFICOS						Pensionado/jubilado	5
		Autoreconocimiento	Se refiere al reconocimiento por parte de un grupo étnico. (Sentimiento de pertenencia cultural). No está relacionada directamente con los rasgos físicos (color de piel, rasgos del rostro)	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Nominal Politémica	Indígena	1
							Palenquero	2
							Afro descendiente	3
							Raizal (gitanos)	4
							ROOM (costumbres y cultura)	5
							Otros	6
		Antecedentes familiares de morbilidad	Son documentos gráficos o escritos de las enfermedades y afecciones presentes en una familia.	Encuesta al sujeto Historia clínica	Cualitativo	Nominal politómica	Hipertensión	1
							Hipercolesterolemia	S
							Diabetes	I
							Obesidad	2
							Sedentarismo	N O
		Antecedentes personales de estilos de vida	Fumar	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Nominal dicotómica	SI	1
							NO	2
			GRADO DE TABAQUISMO Cantidad de tabaco consumido (No de cigarrillos por día X No. de años fumando) / 20	Encuesta al sujeto	Cuantitativa	Interval	Leve <5	1
							Moderado 6-15	2
							Severo >15	3
			Auto clasificación de consumo de cigarrillo en algún momento de la vida	Encuesta al sujeto	Cualitativa	Ordinal	Si, fumo diariamente	1
							Sí fumo, pero no diariamente	2
							No Fumo, pero he fumado	3
							No Fumo, ni he fumado de manera habitual	4
							No sabe-No Contesta	5
			Auto clasificación sobre el consumo de bebidas	Encuesta al sujeto	Cualitativa	Ordinal	Suelo beber alcohol habitualmente	1

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) DIMENSIONES: Salud general Función física Rol físico Dolor corporal Salud mental Vitalidad Función social Rol emocional	DETERMINANTES SOCIALES DE TIPO PROXIMAL O SOCIO- DEMOGRAFICOS		alcohólicas				Suelo beber, pero no de forma habitual	2
							Nunca he tomado alcohol, soy abstemio	3
							Solía beber alcohol, pero dejé de hacerlo	4
			Tipo de ejercicio físico o actividad habitual	Encuesta al sujeto	cualitativo	ordinal	sentado la mayor parte de la jornada	1
							de pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos ni esfuerzos	2
							caminando llevando algún peso, desplazamiento frecuente	3
							trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	4
							no sabe no responde	5
							Consulta Externa	1
							Hospitalización	2
		Unidad de servicio de atención	Áreas de prestación de servicios de salud	Encuesta al sujeto	Cualitativo	Nominal Dicotómica	Infarto Agudo de Miocardio	1
		Tipo de Cardiopatía isquémica	Manifestación clínica	Historia clínica	Cualitativo	Nominal Dicotómica	Angina	2

Anexo 2. Encuesta (cuestionario SF-36)

CUESTIONARIO SF-36
UNIVERSIDAD DEL NORTE
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
PÚBLICA



Objetivo: establecer la influencia de los determinantes proximales de tipo sociodemográfico que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos jóvenes, medios y mayores con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio, que asisten a consulta en la Organización Clínica General del Norte de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta. 2011-2012.

Código: _____ **No. de Historia Clínica:** _____

Tipo de cardiopatía isquémica:

1. IAM___ 2. Angina___

Unidad de servicio de atención:

1. Consulta Externa___ 2. Hospitalización___

Área de Procedencia: 1. Urbana___ 2. Rural___

Sexo: 1. H___ 2. M___ **Edad:** _____

Estrato Socioeconómico: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___

Nivel Educativo:

- 1. Sin estudios___
- 2. Sabe leer y escribir exclusivamente___
- 3. Primaria completa___
- 4. Primaria incompleta___
- 5. Secundaria completa___
- 6. Secundaria incompleta___
- 7. Técnico___
- 8. Tecnológico___
- 9. Nivel Superior___

Estado Civil: 1. Soltero___ 2. Casado___ 3. Unión Libre___ 4. Divorciado___ 5. Viudo___

Régimen de Afiliación: 1. Contributivo___ 2. Subsidiado___ 3. Excepción___ 4. No afiliado___

Ocupación: 1. Estudiante___ 2. Empleado___ 3. Ama de casa___ 4. Independiente___ 5. Pensionado/jubilado___

Auto reconocimiento: 1. Indígena___ 2. Palenquero___ 3. Afrodescendiente___ 4. Raizal___ 5. ROOM___ 6. Otros___

Antecedentes familiares de morbilidad: 1. Hipertensión___ 2. Hipercolesterolemia___ 3. Diabetes___ 4. Obesidad___ 5. Sedentarismo___

Antecedentes personales de estilos de vida	Auto clasificación de consumo de cigarrillo en algún momento de la vida:	Fuma	SI	1
			NO	2
		No. de cigarrillos fumados al día _____	LEVE <5	1
		x	MODERADO 5-15	2
		No. de años fumando _____ /20 = _____	SEVERO >15	3
		Si, fumo diariamente		1
		Sí fumo, pero no diariamente		2
		No Fumo, pero he fumado		3
		No Fumo, ni he fumado de manera habitual		4
		No sabe-No Contesta		5
	Auto clasificación sobre el consumo de bebidas alcohólicas:	Suelo beber alcohol habitualmente		1
		Suelo beber, pero no de forma habitual		2
		Nunca he tomado alcohol, soy abstemio		3
		Solía beber alcohol, pero dejé de hacerlo		4
	Tipo de ejercicio físico o actividad habitual:	sentado la mayor parte de la jornada		1
		de pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos ni esfuerzos		2
		caminando llevando algún peso, desplazamiento frecuente		3
		trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico		4
		no sabe no responde		5

Instrucciones:

- Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.
- Las preguntas 3 a 12 se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.
- Las preguntas 13 a la 32 se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

Las preguntas 23 a 31 se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

PREGUNTA	POSIBILIDAD DEL SUJETO.	MARQUE UN SOLO NÚMERO
1. En general, ¿diría usted que su salud es?	Excelente	1
	muy buena	2
	Buena	3
	Regular	4
	Mala	5
2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?	Mucho mejor ahora que hace un año	1
	Algo mejor ahora que hace un año	2
	Más o menos igual ahora que hace un año	3
	Algo peor ahora que hace un año	4
	Mucho peor ahora que hace un año	5

3.	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
4.	Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
5.	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
6.	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
7.	Su salud actual, ¿le limita para subir un piso por la escalera?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
8.	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
9.	Su salud actual, ¿le limita para caminar más de un kilómetro (10 cuadras)?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
10.	Su salud actual, ¿le limita para caminar medio kilómetro (5 cuadras)?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
11.	Su salud actual. ¿le limita para caminar cien metros (1 cuadra)?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
12.	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	Sí, me limita mucho	1
		Sí, me limita poco	2
		No, no me limita para nada	3
13.	Durante las últimas cuatro semanas, ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	Si	1
		No	2
14.	Durante las últimas cuatro semanas, ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	Si	1
		No	2
15.	Durante las últimas cuatro semanas. ¿se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	Si	1
		No	2
16.			

17. Durante las últimas cuatro semanas, ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	Si	1
	No	2
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si	1
	No	2
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si	1
	No	2
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si	1
	No	2
21. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?	Nada en absoluto	1
	Ligeramente	2
	Moderadamente	3
	Bastante	4
	Extremadamente	5
22. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?	Ninguno	1
	Muy poco	2
	Poco	3
	Moderado	4
	Mucho	5
23. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?	Muchísimo	6
	Nada en absoluto	1
	Ligeramente	2
	Moderadamente	3
	Bastante	4
24. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido lleno/a de vitalidad?	Extremadamente	5
	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6

25. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha estado muy nervioso/a?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
26. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
27. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
28. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha tenido mucha energía?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
29. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido desanimado/a y triste?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
30. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido agotado/a?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
31. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido feliz?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6
32. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido cansado/a?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Muchas veces	3
	Algunas veces	4
	Casi nunca	5
	Nunca	6

33. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?	Siempre	1
	Casi siempre	2
	Algunas veces	3
	Casi nunca	4
	Nunca	5
34. ¿Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas?	Totalmente cierta	1
	Bastante cierta	2
	No sé	3
	Bastante falsa	4
	Totalmente falsa	5
35. ¿Estoy tan sano/a como cualquiera?	Totalmente cierta	1
	Bastante cierta	2
	No sé	3
	Bastante falsa	4
	Totalmente falsa	5
36. ¿Creo que mi salud va a empeorar?	Totalmente cierta	1
	Bastante cierta	2
	No sé	3
	Bastante falsa	4
	Totalmente falsa	5
37. ¿Mi salud es excelente?	Totalmente cierta	1
	Bastante cierta	2
	No sé	3
	Bastante falsa	4
	Totalmente falsa	5
Nota. Instrumento ajustado por la investigadora, teniendo las bases de la referencia bibliográfica No.49.		

Anexo 3. Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTIMACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES PROXIMALES DE TIPO SOCIODEMOGRAFICOS EN CARTAGENA 2011-2012

Naturaleza y propósito del trabajo:

Este documento tiene como propósito solicitar su autorización para su participación voluntaria en el estudio **“Estimación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica y su relación con los determinantes proximales de tipo sociodemográficos en la Organización Clínica General del Norte de Cartagena 2011-2012”**. Su participación en el estudio, si lo acepta, consiste en el otorgamiento de datos a través de una encuesta la cual está construida por una serie de preguntas acerca de características suyas de tipo demográfico como su sexo, edad, área de procedencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación, ocupación, autoreconocimiento, además antecedentes familiares

(hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad y sedentarismo) y estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad habitual o física); además la encuesta tendrá preguntas que evalúan la calidad de vida relacionada con salud.

El objetivo del estudio estimar la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con los determinantes sociales de tipo proximal (sexo, edad, área de procedencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación, ocupación, autoreconocimiento, antecedentes familiares de morbilidad, estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad habitual o física) y unidad servicio de atención) en pacientes con cardiopatía isquémica de tipo angina e infarto agudo de miocardio que acuden a consulta u hospitalizados de Cartagena 2011-2012.

El estudio tiene como propósito estimar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cardiopatía isquémica y su relación con los determinantes proximales de tipo sociodemográfico (sexo, edad, área de procedencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación, ocupación, autoreconocimiento, antecedentes familiares de morbilidad, estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad habitual o física) y unidad de servicio de atención). Este trabajo estará coordinado por la investigadora principal del proyecto, Profesional en Bacteriología y Candidata a Magíster de Salud Pública de la Universidad del Norte y por profesores del Dpto. de Salud Pública de la Universidad del Norte, que garantizarán la confidencialidad de la información y el control riguroso de la misma sólo con fines de análisis estadístico. Además, usted podrá solicitar información acerca de los resultados del estudio, si así lo desea.

Beneficios:

Si usted decide participar en el estudio contribuirá con el aporte de sus datos a la consecución de los objetivos y propósito de la investigación. Por ende, contribuirá a la producción de conocimiento sobre el tema que permita posteriormente diseñar e implementar programas o medidas para el mejoramiento de la prestación del servicio de salud en los servicios de consulta externa y hospitalización a los pacientes con diagnóstico clínico de cardiopatía isquémica (angina e infarto agudo de miocardio).

Confidencialidad:

Amparados bajo el principio ético de privacidad y confidencialidad se le informa que, para efectos del estudio, su identidad se mantendrá bajo estricta confidencialidad, al igual que los datos que usted aporte a la encuesta, los cuales se utilizarán sólo para fines de análisis estadístico.

Riesgos y complicaciones:

Su participación en el presente estudio no acarrea ningún tipo de riesgo para su salud. Tampoco se tocarán aspectos sensitivos que lo puedan afectar física o mentalmente. Se respetará la confidencialidad de la información que usted proporcione. Los datos recolectados serán manejados exclusivamente por la investigadora principal y los profesores-investigadores del Dpto. de Salud pública de la Universidad del Norte adscritos al estudio.

Retribución o Pago:

La investigadora principal y los profesores del Dpto. de Salud Pública de la Universidad del Norte no reciben remuneración o pago por el desarrollo de este estudio, sus fines son estrictamente académicos. Además, los participantes del estudio no reciben tampoco ningún tipo de remuneración económica, debido a que la ley colombiana lo prohíbe en resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

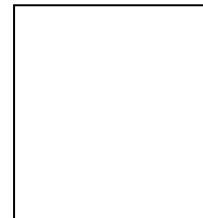
Voluntariedad:

La decisión de participar en este estudio es voluntaria y carente de interés lucrativo, pudiendo retirarse en cualquier momento si usted así lo desea, bien al inicio, durante o al final. Lo anterior no implica ninguna sanción para con ninguna de las partes (investigadores y participantes).

Su aceptación en este estudio se expresa, mediante su firma, el interés de participar en el presente estudio, confirmando que de manera voluntaria y libre de coacción autoriza el uso de los datos aportados a los investigadores.

Si tiene alguna duda respecto al estudio puede comunicarse con los investigadores Jafiza Alvis Canabal y Rafael Tuesca Molina, teléfono 310-6156382 o al 3509287, Departamento de Salud Pública (Oficina 3er piso Bloque E), Universidad del Norte (Km 5 Antigua vía a Puerto Colombia).

Fecha: _____



Huella

Firma del participante

Cédula:

Firma investigador

Cédula:

Firma testigo

Cédula:

Anexo 4. Caracterización sociodemográfica de los sujetos.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS SUJETOS		INDICADOR		Intervalo de Confianza al 95%	
		<i>ni</i>	<i>fi</i>		
Edad	20 a 35 años	42	19,2	13,7	24,6
	36 a 45 años	25	11,4	6,9	15,8
	46 a 55 años	32	14,6	9,7	19,5
	56 a 65 años	30	13,7	8,9	18,4
	66 a 75 años	38	17,4	12,1	22,5
	76 a 85 años	37	16,9	11,7	22,0
	86 y más años	15	6,8	3,2	10,4
Sexo	Hombre	122	55,7	48,9	62,5
	Mujer	97	44,3	37,4	51
Afiliación	Contributivo	101	46,1	39,2	52,9
	Subsidiado	11	5,0	1,9	8,1
	Excepción	98	44,7	37,9	51,5
	No Afiliado	9	4,1	1,2	6,9
Nivel educativo	Sin estudios	10	4,6	1,5	7,5
	Básica primaria	46	21,0	15,3	26,6
	Secundaria	83	37,9	31,2	44,5
	Técnico/tecnológica	57	26,0	19,9	32,0
	Superior	23	10,5	6,2	14,7
Estrato	Bajo	99	45,2	38,3	52,0
	Medio	77	35,2	28,6	41,7
	Alto	43	19,6	14,1	25,1
Etnia o Autoreconocimiento	Palenquero	10	4,6	1,5	7,5
	Afrodescendiente	46	21,0	15,3	26,6
	Otros	163	74,4	68,4	80,4
Ocupación	Estudiante	4	1,8	0,5	4,6
	Empleado	53	24,2	18,3	30,1
	Ama de casa	55	25,1	19,1	31,0
	Independiente	41	18,7	13,3	24,1
	Pensionado/jubilado	66	30,1	23,8	36,4
	Tiene pareja	160	73,1	66,9	79,1
Estado civil	No tiene pareja	59	26,9	20,8	33,0
Área de procedencia	Urbana	169	77,2	71,3	82,9
	Rural	50	22,8	17,0	28,6
Unidad de servicio de atención	Consulta externa	31	14,2	9,3	19,0
	Hospitalización	188	85,8	81,0	90,6
Tipo de cardiopatía isquémica	IAM	147	67,1	60,6	73,5
	Angina	72	32,9	26,4	39,3

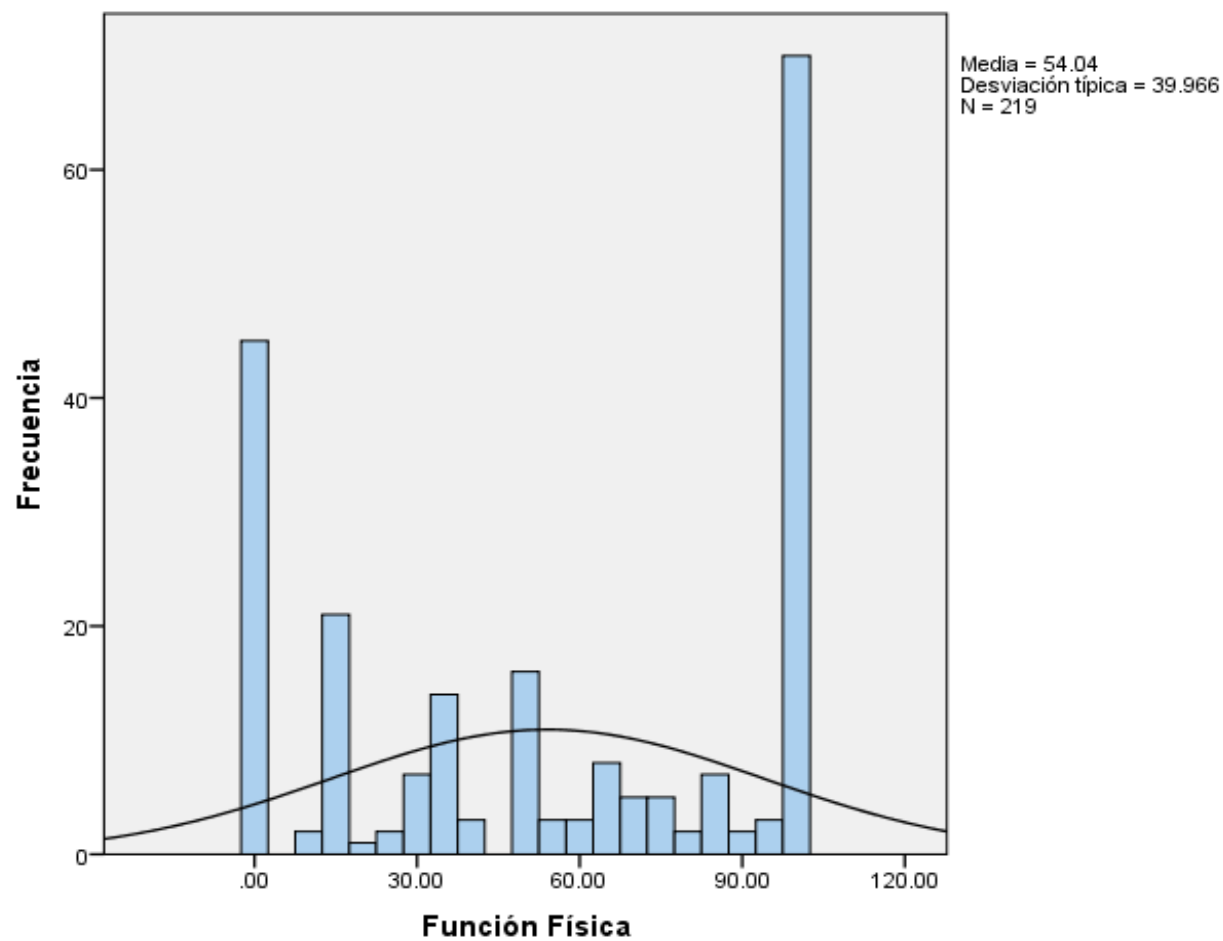
Anexo 5. Caracterización sociodemográfica según antecedente familiar de morbilidad y sedentarismo.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD		INDICADOR		Intervalo de Confianza al 95%	
		<i>ni</i>	<i>fi</i>		
Hipertensión Arterial	Si	141	64,4	57,8	70,9
	No	78	35,6	29,0	42,2
Hipercolesterolemia	Si	43	19,6	14,1	25,1
	No	176	80,4	74,8	85,8
Diabetes	Si	80	36,5	29,9	43,1
	No	139	63,5	56,8	70,0
Obesidad	Si	30	13,7	8,9	18,4
	No	189	86,3	81,5	91,0
Sedentarismo	Si	34	15,5	10,5	20,5
	No	185	84,5	79,4	89,5

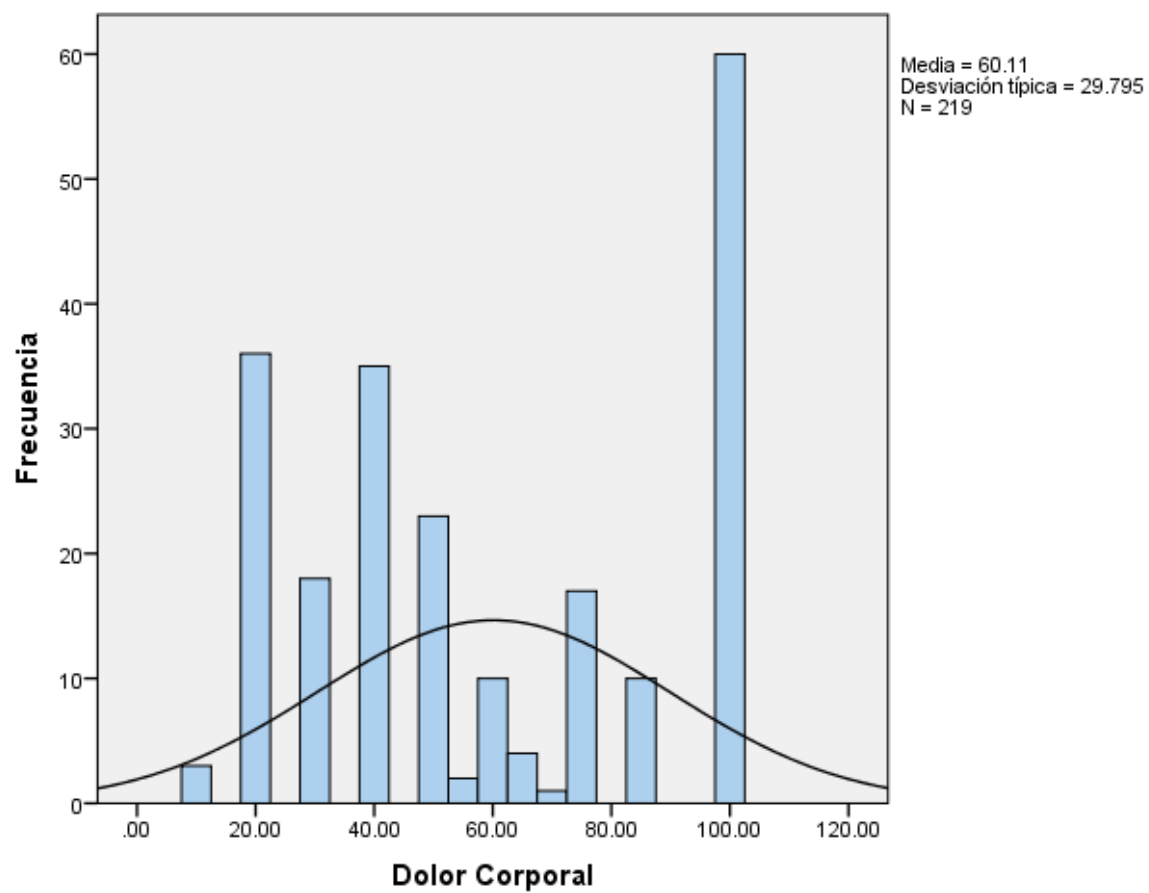
Anexo 6. Caracterización sociodemográfica según antecedentes personales de estilos de vida.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE ESTILOS DE VIDA		INDICADOR		Intervalo de Confianza al 95%	
		<i>ni</i>	<i>fi</i>		
Fuma	Si	38	17,4	12,1	22,5
	No	181	82,6	77,4	87,8
Consumo de Tabaco 1 N=40	Leve	37	92,5	79,6	98,4
	Moderado	2	5,0	0,6	16,9
	Severo	1	2,5	0,06	13,1
Consumo de Tabaco 2	Si, fumo diariamente	5	2,3	0,7	5,2
	Si fumo, pero no diariamente	29	13,2	8,5	17,9
	No fumo, pero he fumado	32	14,6	9,7	19,5
	No, fumo, ni he fumado de manera habitual	90	41,1	34,3	47,8
	No sabe/No responde	63	28,8	22,5	34,9
Consumo de bebidas alcohólicas	Suelo beber alcohol habitualmente	15	6,8	3,2	10,4
	Suelo beber, pero no de forma habitual	53	24,2	18,3	30,1
	Nunca he tomado alcohol, soy abstemio	80	36,5	29,9	43,1
	Solía beber alcohol, pero deje de hacerlo	71	32,4	25,9	38,8
	Sentado la mayor parte de la jornada	39	17,8	12,5	23,1
Tipo de ejercicio físico o actividad habitual	De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos ni esfuerzos	17	7,8	3,9	11,5
	Caminando llevando algún peso, desplazamiento frecuente	27	12,3	7,7	16,9
	Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	15	6,8	3,2	10,4
	No sabe no responde	121	55,3	48,4	62,0

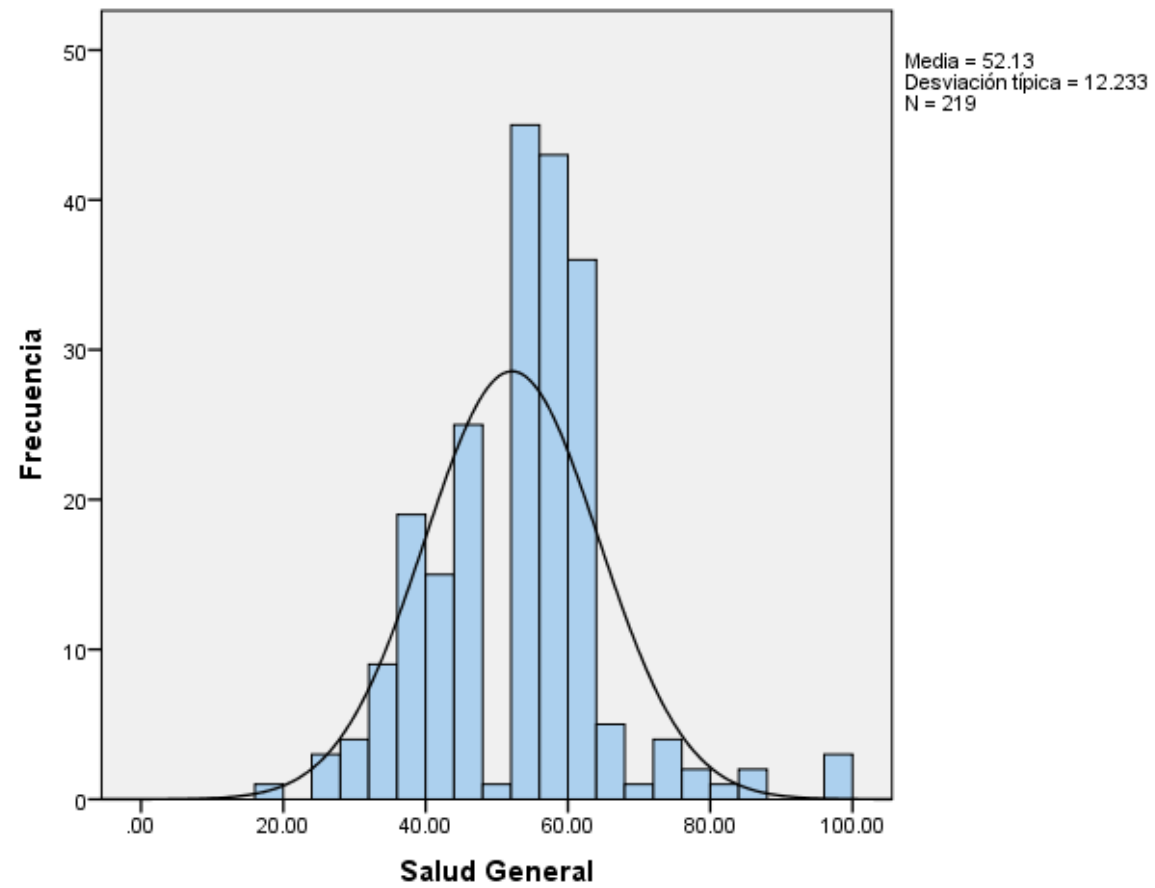
Anexo 7. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Función Física.



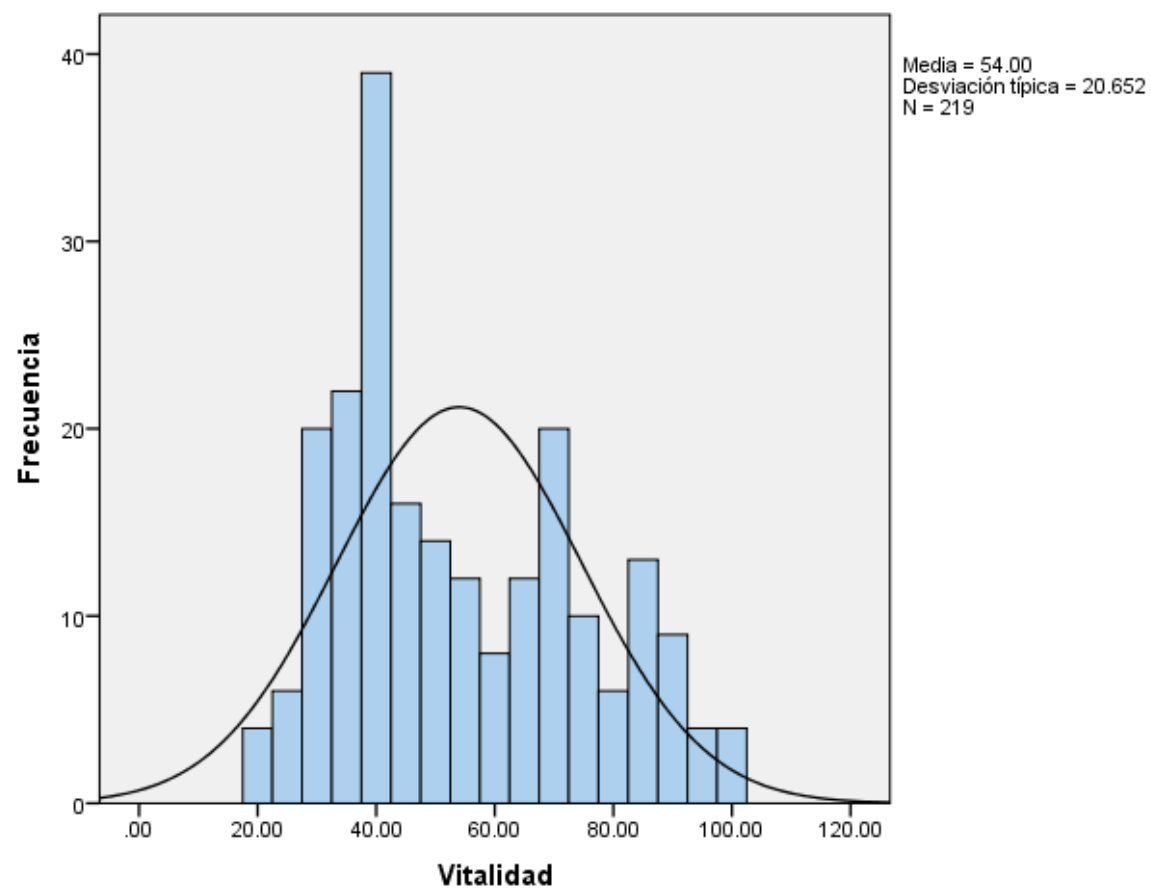
Anexo 8. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Dolor Corporal.



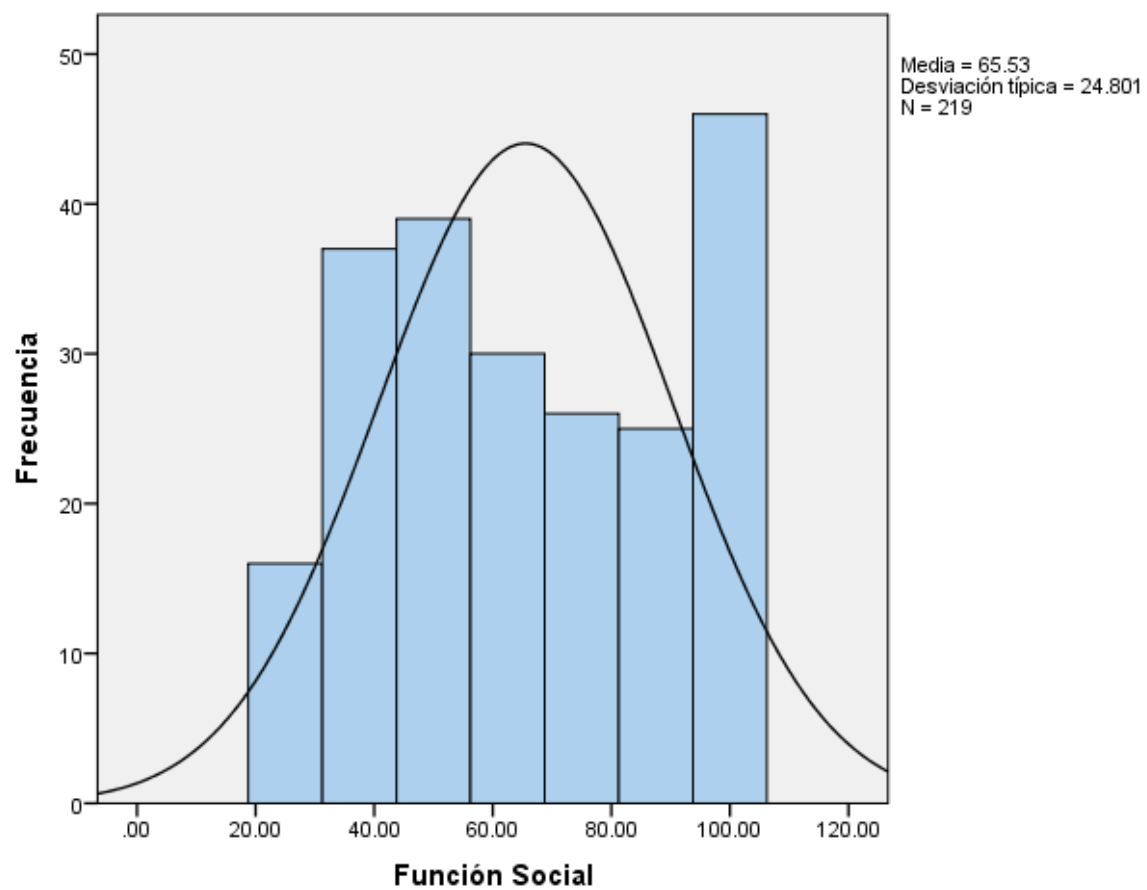
Anexo 9. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud-Salud General.



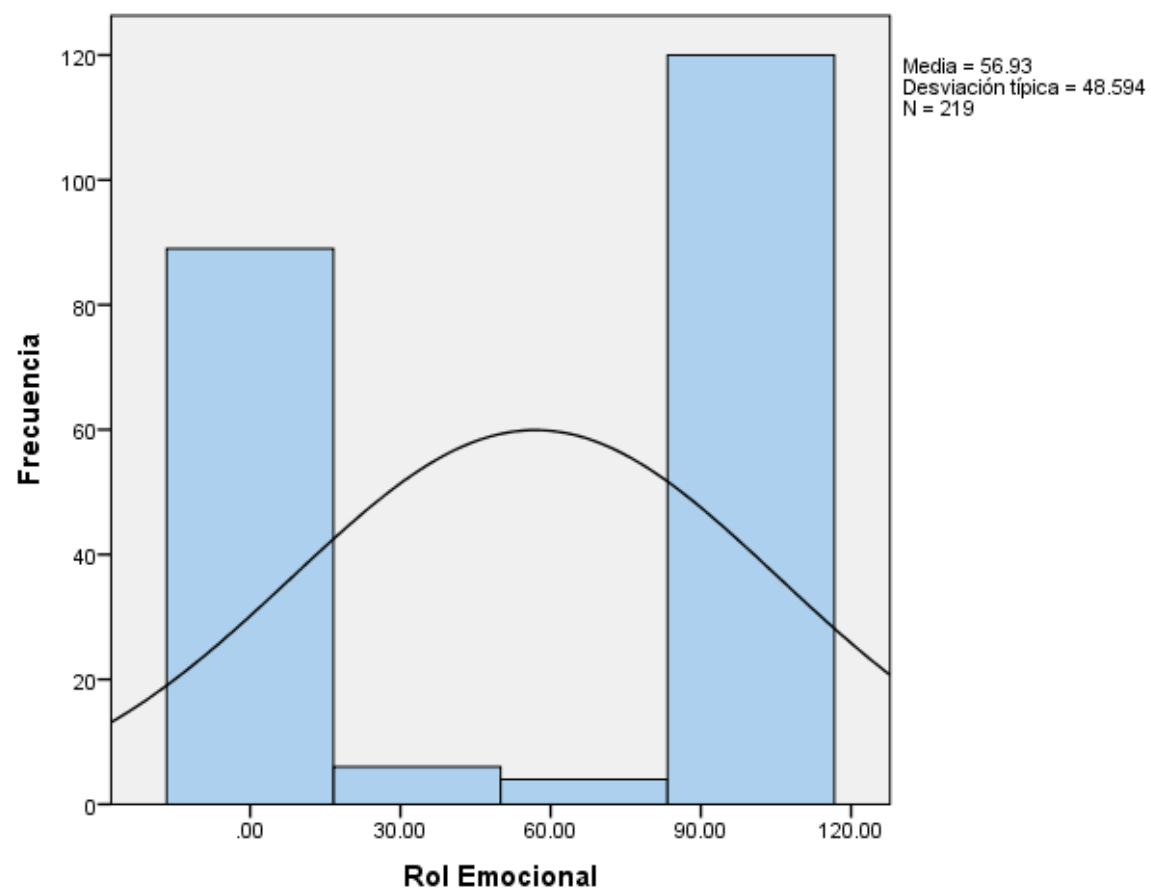
Anexo 10. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Vitalidad.



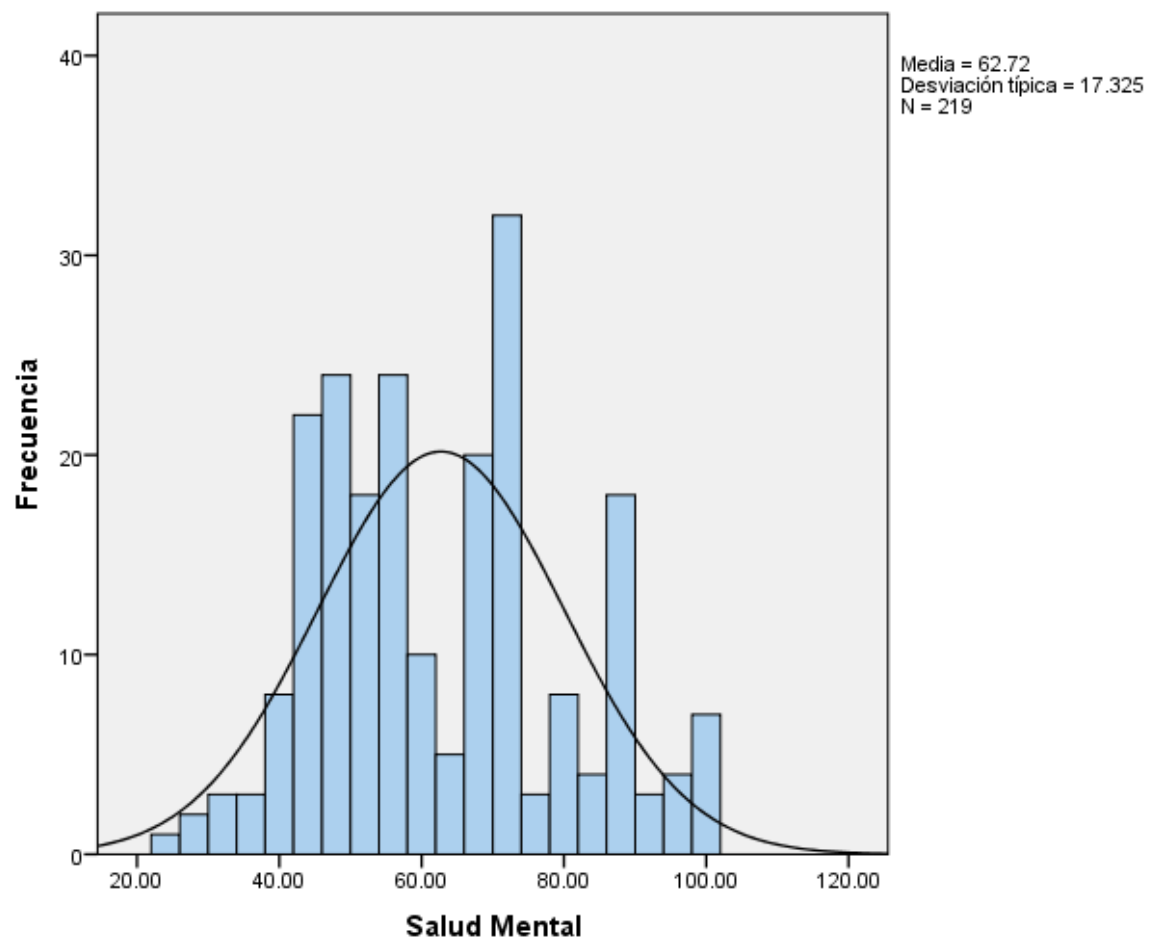
Anexo 11. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Función Social.



Anexo 12. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Rol Emocional.



Anexo 13. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud-Salud Mental.



Anexo 14. Estimación de la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud Rol Físico.

